

Piia Stenfors

PROFIILIHOIDON TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN
PAPPILANLAMMEN PALVELUKESKUKSESSA

Terveysten edistämisen koulutusohjelma
2009



Satakunnan ammattikorkeakoulu

PROFIILIHOIDON TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN PAPPILANLAM- MEN PALVELUKESKUKSESSA

Stenfors, Piia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Huhtikuu 2009
Teeri, Sari
YKL: 59.21
Sivumäärä: 63

Asiasanat: dementia, hoitotyö, toimintakyky, toimintamalli, palvelukeskus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää profiilihoitoa edelleen profiilihoidon toimintamalliksi. Toimintamallin tavoitteena on tukea dementoituneen arjessa selviytymistä ja toimia hoitohenkilökunnalle työohjeena asettaen toiminnalle yhteiset tavoitteet ja päämäärät. Lähtökohtana on yksilöllisen hoitotyön tukeminen ja erityistä huomiota kiinnitettiin dementoituneen elämäntarinan tuntemiseen sekä kokonaisvaltaiseen hoitotyön tarpeen arviointiin. Opinnäytetyö toteutettiin Pappilanlammen palveluksessa, dementiahoito Vilhelminassa vuoden 2008 aikana.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään dementian yleisyyttä ja sen vaikutuksia toimintakykyyn sekä elämäntarina-ajattelun ja validoinnin merkitystä hoitotyöhön. Lisäksi selvitetään profiilihoidon, yksilöllisen hoitotyön ja toimintamallin käsitteitä.

Opinnäytetyön lähtökohtana oli Pappilanlammen palvelukeskuksessa, dementiahoito Valkamassa vuosina 2004–2006 toteutettu Löysin sinut - dementoituneen oma profiili projekti. Opinnäytetyö tuki käytännön toiminnan kehittämistä ja profiilihoidon toteuttamista koko dementiahoitoon yhteiseksi asiaksi.

Opinnäytetyön toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa käytettiin kehittämismenetelmänä kehittävää työntutkimusta. Lähtötilanteen aineisto kerättiin haastattelemalla hoitajia (n=5) ja lisäksi käytettiin valmiita dokumentteja. Aineisto analysoitiin sisällysanalyysillä ja tulokset olivat lähtökohtana profiilihoidon toimintamallin suunnittelulle. Profiilihoidon ristiriitoihin suunniteltiin toimintatapoja ja välineitä.

Opinnäytetyön keskeisin tulos on profiilihoidon toimintamallin luominen dementiahoito Vilhelminaan. Kehitetty toimintamalli luo mallin profiilihoidon toiminnalle sekä tuo näkyväksi profiilihoitoon osallistuvien työn.

Opinnäytetyössä kuvattiin toteutettua toimintaa ja kehitettiin profiilihoidon toimintamalli, jonka avulla voidaan myöhemmin seurata ja arvioida toimintamallin toimivuutta ja vaikuttavuutta sekä mahdollistaa samanaikaisen profiilihoidossa käytettävien välineiden kehittämisen ja parantamisen.

ACTION MODEL FOR PROFILE CARE IN PAPPILANLAMPI SERVICE CENTRE

Stenfors, Piia

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion

April 2009

Teeri, Sari

PLC: 59.21

Number of Pages: 63

Key Words: dementia, nursing, ability, action model, service centre

The purpose of this thesis is to develop profile care further into a profile care action model. The objective of the action model is to support dementia patients in their everyday life and provide working instructions for the nursing staff by setting common objectives and goals for their actions. The approach is based on providing support for individual nursing and special attention is paid to knowing the life story of the demented patient and the assessment of the need for holistic nursing. The study was conducted as a development project in the Vilhelmiina Dementia Home in the Pappilanlampi service centre in 2008.

The theoretical part of the study concerns the commonness of dementia, its effects on a person's capacities, and the effects of life story thinking and validation on nursing. Furthermore, the concepts of profile care, individual nursing and action model are explained.

The thesis is based on the "I found you - a personal profile of a demented person" project conducted in the Valkama Dementia Home in the Pappilanlampi service centre during 2004-2006. The thesis supports the development of practical actions and the idea of profile care as a common theme for the entire dementia home.

Developmental work research was used in the planning and implementation of the project. In the initial phase data was collected by interviewing nurses (n=5), and using existing documentation. The material was analysed by contents analysis, with the results serving as a foundation for the development of the profile care action model. Action modes and tools were developed to overcome the discrepancies in profile care.

The main result of the thesis was the making of the profile care action model for the Vilhelmiina Dementia Home. The action model developed provides a model for profile care action as well as makes visible the work of those participating in profile care.

In the thesis the implemented action is described and an action model for profile care is developed, making it possible for the functionality and effect of the action model to be monitored and evaluated later, also enabling the simultaneous development and improvement of the tools used in profile care.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS.....	7
2.1 Toimintaympäristö ja tausta.....	7
2.2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	9
3.1 Dementia	9
3.2 Dementian vaikeusasteet.....	10
3.3 Profiilihoito	13
3.4 Profiilihoito toimintamallina.....	20
4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS	23
4.1 Kehittävä työntutkimus	26
4.2 Aineisto	30
4.2.1 Alkutila- analyysi	32
4.2.2 Profiilihoidon nykyinen toimintapa lähtötilanteena ennen toimintamallin kehittämistä	34
4.2.3 Toiminnan ristiriitoja	36
4.3 Kehittämisprosessi	38
4.3.1 Työn muutokset profiilihoidon toimintamallin kehittämisvaiheessa.....	39
4.3.2 Kehittävä työntutkimus profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä.....	44
4.3.3 Profiilihoidon toimintamallin yhteys yksilölliseen hoitotyöhön.....	45
5 POHDINTA	46
5.1 Kehittämistyö	49
5.2 Luotettavuus.....	52
5.3 Eettisyys	55
5.4 Profiilihoidon toimintamallin arviointisuunnitelma ja kehittämis ehdotukset..	56
LÄHTEET	60
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Dementoivat sairaudet ovat usein esillä ikääntymiseen liittyvänä ilmiönä, sillä ikääntymisen myötä dementoivien sairauksien määrä kasvaa (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 55; Heimonen & Voutilainen 2006, 9; Lehtoranta, Luoma & Muurinen 2007, 11). Väestörakenteen muuttuessa vanhuspainotteisemmaksi jo lähitulevaisuudessa, nostaa se dementoivat sairaudet merkittäväksi kansanterveydelliseksi ja taloudelliseksi haasteeksi. Vuosittain dementoiviin sairauksiin sairastuu noin 12 000 henkilöä. (Erkinjuntti & Koivisto 2006, 53; Heimonen & Voutilainen 2006, 9.) On arvioitu, että vuonna 2015 hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien ikääntyvien dementoituneiden määrä olisi noin 107 000 ja määrän odotetaan kasvavan niin, että vuonna 2030 dementoituneista hoitoa tarvitsevia olisi noin 150 000. Tämä johtaa palvelutarpeiden kasvamiseen. Arviolta noin 75 % dementiaa sairastavista tarvitsee sairautensa edessä pitkäaikaista laitoshoidoa. (Lehtoranta ym. 2007, 12.)

Dementoivat sairaudet, muutokset fyysisessä, psyykkisessä, kognitiivisessa sekä sosiaalisessa toimintakyvyssä, yksin asuminen, asuin- ja elinympäristön esteellisyys sekä sosiaalisten verkostojen puuttuminen lisäävät iäkkäiden ihmisten palvelutarvetta (Lehtoranta ym. 2007, 3; STM 2008, 26). Palvelujärjestelmää tulee uudistaa ja toimintatapoja tarkastella ikääntyneiden tarpeita vastaaviksi. Palveluita kehitetään yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. Kunta- ja palvelurakennemuutos on suurin hanke tällä saralla, joka muuttaa kuntien palvelurakenteita ja toimintatapoja. (Andersson 2007, 7; STM 2008, 3.) Palveluvalikoimaa monipuolistetaan neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla sekä tukemalla terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista. Palvelurakenteen kehittämisessä tärkeänä nähdään vanhuspalveluissa työskentelevän henkilöstön osaaminen ja riittävä määrä, nykyisten työntekijöiden työssä jaksaminen sekä työssä kehittymisen mahdollisuudet. (STM 2008, 4, 32.)

Kyetäkseen edistämään dementoituneen elämänlaatua hoitotyöntekijät tarvitsevat kattavat tiedot ihmisen sairaudesta, elämäntilanteesta ja persoonasta (Heimonen & Voutilainen 2006, 58). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää profiilihoidon

toimintamalli dementoituneiden hoitotyön tueksi dementia koti Vilhelmiinaan. Vilhelmiina kuuluu Pappilanlammen palvelukeskukseen, jonka hoitotyön tavoitteisiin kuuluu yhdessä laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma. Palvelutoiminta perustuu ehkäisevään ja kuntouttavaan työotteeseen. Asiakaspalveluprosesseja kehitetään tutkimuksellisella työotteella ja jatkuvan kehittämisen periaatteella. (Pappilanlammen palvelukeskus 2008.) Kehittämällä toimintamalli hoitajien työohjeeksi pyritään asettamaan toiminnalle yhteiset tavoitteet sekä päämäärät ja kohentamaan dementoituneiden elämänlaatua.

Tässä työssä yhdistyvät ajankohtaiset työelämän alueet vanhustenhoitotyön kehittäminen ja työntekijöiden työssä kehittymisen mahdollisuudet. Tämän työn teoriaosuudessa selvitetään dementia yleisyyttä ja sen vaikutuksia toimintakykyyn sekä elämäntarina-ajattelun ja validaation merkitystä hoitotyöhön. Lisäksi selvitetään profiilihoidon, yksilöllisen hoitotyön ja toimintamallin käsitteitä. Kehittämisprosessi toteutetaan kehittävän työntutkimuksen otteella selvittämällä lähtötilanteen profiilihoito. Havaittuihin ristiriitoihin haetaan ratkaisuja, joita viedään vähitellen käytäntöön. Näiden osaratkaisujen kautta hahmotetaan profiilihoidon toimintamalli toteutusvaiheeseen. Toimintamallin prosessia arvioidaan kehittämisprosessin osalta. Opinnäytetyötä voi kuvata mielenkiintoisena ja haastavana työnä tuttuun hoitotyöhön, mutta tutkimattomaan profiilihoitoon. Tämän työn johtopäätöksenä voidaan pitää, että profiilihoitoa ei voi erottaa yksittäisenä ilmiönä kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Profiilihoitoa ei voi toteuttaa ilman yhteisiä tavoitteita ja päämääriä, jäsentämättä toimintaa tai järjestämättä riittävää koulutusta. Profiilihoito perustuu yksilölliseen toimintaan. Ilman selkeää toimintatapaa ei voida selviytyä yksilöllisestä hoitotyöstä ja profiilihoidon parempi hallinta merkitsee toiminnan analyysia ja työn kehittämistä.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

2.1 Toimintaympäristö ja tausta

Pappilanlammen palvelukeskus on Ulvilan Vanhustenhuoltoyhdistys ry:n ylläpitämä vanhusten liikuntapainotteinen palvelutalo. Asukaspaikkoja on yhteensä 64, joista seitsemän on dementia koti Valkamassa ja Satakielellä on 14 asukaspaikkaa. Muut ovat palveluasuntoja. (Setälä 2007, 3.) Näiden lisäksi palvelukeskukseen kuulu tammi-kuussa 2008 toimintansa aloittanut 14 asukaspaikkainen dementia koti Vilhelmiina, joka sijaitsee fyysisesti erillään Pappilanlammen palvelukeskuksesta.

Dementia koti Valkamassa toteutettiin vuosina 2004–2006 Löysin sinut - dementoituneen oma profiili projekti. Projektin tuloksena syntyi dementoituneen hoitoon työmenetelmä yksilöllinen profiilihoito, joka otettiin käyttöön dementia koti Valkamassa. Yksilöllisen profiilin tarkoituksena on löytää dementiaa aiheuttavien sairauksien mukanaan tuomat muutokset asukkaan käyttäytymisessä, arjen tilanteissa sekä maailman hahmottamisessa. (Setälä 2007, 7- 8, 14.) Profiilihoidossa korostetaan dementoituneen yksilöllisyyttä ja sillä on todettu olevan esimerkiksi haasteellista käyttäytymistä ennaltaehkäisevä vaikutus. Profiilihoito otettiin käyttöön dementia koti Vilhelmiinassa kevään 2008 aikana.

Väestön ikääntyessä on tarve kehittää sekä uusia että jo olemassa olevia toimintamalleja ja työmenetelmiä, joilla paremmin pystytään vastaamaan iäkkäiden ihmisten tarpeisiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Profiilihoito perustuu yksilöllisyyteen ja keskeisinä asioina nähdään voimavarojen tukeminen ja turvallisuuden tunteen lisääminen. Tavoitteena on tukea asiakasta selviytymään mahdollisimman hyvin elinympäristössään, kohentaa hänen elämänlaatua sekä hyvinvointiaan. (Setälä 2007, 4-5, 7-8.)

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää profiilihoitoa edelleen profiilihoidon toimintamalliksi. Tavoitteena on kehittää profiilihoidon toimintamalli. Kehittämismenetelmänä tässä työssä käytetään kehittävää työntutkimusta. Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistehtävänä. Kehittämistehtävän tavoitteena on myös kuvata profiilihoidon lähtötilanne ennen toimintamallin kehittämistä sekä kuvata myös profiilihoidon toimintamallin rakentaminen. Tavoitteena on myös arvioida toimintamallin kehittämistyön prosessia. Arviointiperusteena on kehittävän työntutkimuksen jatkuva oppiminen ja arviointia suoritetaan läpi koko prosessin.

Profiilihoidon toimintamallin avulla tuetaan dementoituneen yksilöllistä hoitotyötä. Erityistä huomiota kiinnitetään dementoituneen elämänhistorian tuntemiseen. Toimintamallin suunnittelussa ja toteutuksessa pyritään yksilöllisyyteen ja kokonaisvaltaiseen hoitotyön tarpeen arviointiin. Toimintamallin tavoitteena on tukea dementoituneen arjessa selviytymistä jäljellä olevat voimavarat huomioiden. Toimintamallin tavoitteena on myös toimia henkilökunnan tukena hoitotyössä asettaen toiminnalle yhteiset tavoitteet ja päämäärät.

- Tehtävät:
1. Kuvata profiilihoitoa lähtötilanteessa ennen toimintamallin kehittämistä.
 2. Kuvata uuden profiilihoidon toimintamallin rakentaminen
 3. Arvioida toimintamallin kehittämistyön prosessia

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Dementia

Dementialla tarkoitetaan elimellisestä syystä johtuvaa laaja-alaista älyllisen toiminnan häiriötä, joka aiheuttaa henkilölle vaikeuksia selviytyä arkielämän toiminnoista (Heimonen & Voutilainen 2001, 22). Dementian keskeisin ja ensimmäinen oire on muistitoimintojen heikentyminen. Muistioireiden lisäksi dementiaan liittyy ongelmia toiminnan suunnittelussa, puheessa, keskittymiskyvyssä, hahmotuksessa sekä kätevyudessa. (Mäki, Topo, Rauhala & Jylhä 2001, 7-8; Heimonen & Voutilainen 2001, 22–23; Erkinjuntti & Koivisto 2006, 45–46; Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen, Eloniemi-Sulkava 2007, 20.)

Vaikka muistioireet ovat merkki dementiaasta, on syytä kuitenkin muistaa, että kaikki muistamattomuus ei kuitenkaan ole saamaa kuin dementia. Muistihäiriöt ovat tavallisia kaikissa ikäryhmissä ja niiden esiintyvyys lisääntyy iän myötä. (Heimonen & Voutilainen 2001, 23; Repo-Outakoski 2007.) Dementiaan kuuluu älyllisen toiminnan muutokset. Muutoksiin liittyy tunne-elämän hallinnan, sosiaalisen käyttäytymisen tai motivaation heikentyminen. (Mäki ym. 2001, 7; Heimonen & Voutilainen 2001, 22–23; Erkinjuntti & Koivisto 2006, 45–46; Topo ym., 2007, 20.) Nämä rajoittavat sosiaalista sekä ammatillista toimintaa ja toimita heikkenee huomattavasti entisestä tasostaan. (Mäki ym. 2001, 7; Heimonen & Voutilainen 2001, 22–23; Erkinjuntti & Koivisto 2006, 45–46.)

Dementiariskiä lisäävä tekijä on ikä (Clarke, 1999, 8; Mäki ym. 2001, 10; Repo-Outakoski 2007). Hofman (1991) arvioi 23 Euroopassa tehdyn epidemiologisen tutkimuksen perusteella, että dementian yleisyys lisääntyy prosentilla 60–64 vuotiailla ja 32,3 %:lla 90–94 vuotiailla ja luku lähes kaksinkertaistuu joka viides vuosi ennen tätä ikää (Clarke 1999, 8). Yli puolet dementiaa sairastavista on yli 80-vuotiaita. Dementiaa sairastavista voidaan todeta, että vain muutama prosentti dementiatapauksista on perinnöllisiä. (Mäki ym. 2001, 10; Repo-Outakoski 2007.)

Dementiaa aiheuttavia sairauksia on useita. Alzheimerin tauti on niistä yleisin, sillä noin 65–70 % tapauksista on Alzheimerin taudin aiheuttamia. Viidennes demensioista johtuu aivoverenkiertoperäisestä häiriöstä, jolloin kyseessä on vaskulaarinen dementia. Aivoja rappeuttavista sairauksista dementiaa aiheuttavat arviolta 5–10 % Lewyn kappale-tauti ja 2–3 % otsalohkodementiat. (Clarke 1999, 8; Alhainen 2001, 21; Mäki ym. 2001, 8; Erkinjuntti & Koivisto 2006, 49; Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 13.)

3.2 Dementian vaikeusasteet

Perinteisesti dementia on jaettu vaikeusasteeltaan lievään, keskivaikeaan sekä vaikeaan (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä 2000, 2302; Alhainen & Rosenvall 2002, 379). Vaikeusaste on jaettu sen mukaan, miten älylliset kyvyt ovat heikentyneet ja kuinka paljon dementoitunut tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissaan (Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 11). Rajanveto ei-dementian ja lievän dementian välillä on kuitenkin vaikeaa. Dementian oireet ilmenevät aluksi ajoittaisina oireina alkaen lievällä kognitiivisella heikentymisellä. Sairaus kuitenkin etenee käyden läpi kaikki dementian vaikeusasteet. (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä 2000, 2302; Alhainen & Rosenvall 2002, 379.)

Lievä dementia

Lievän dementian vaiheessa muistivaikeudet lisääntyvät, oppiminen heikkenee ja unohtaminen lisääntyy. Uudet asiat unohtuvat ja esimerkiksi luetusta kirjasta muistuu mieleen vain osia, mutta vihjeet auttavat asioiden mieleenpalauttamisessa. Tässä vaiheessa yleensä muistetaan yksittäisiä tapahtumia, mutta tapahtumien aikajärjestys sekoittuu helposti. Lievässä dementiassa aloitekyky heikkenee sekä keskittymiskyky huononee. Monimutkaiset arjen toiminnot vaikeutuvat, sairaudentunto heikentyy ja ilmaantuu käytösoireita, kuten mielialan muutoksia. (Heimonen & Voutilainen 2001, 30.) Lievässä dementian vaiheessa dementoitunut selviytyy kuitenkin suhteellisen

itsenäisesti ja voi asua kotona, jos hän saa tarvitsemaansa apua ja ohjausta (Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 11).

Keskivaikea dementia

Keskivaikean dementian vaiheessa esiintyy huomattavia muistivaikeuksia ja taipumusta toistuvaan kyselyyn. Tässä vaiheessa toiminnan suunnittelu sekä ohjaus hidastuvat, puhe, kätevyys sekä hahmottaminen heikkenevät. Sairaudentunto on heikentynyt ja persoonallisuus muuttunut. Aloitekyky on selvästi heikentynyt ja esiintyy unihäiriöitä sekä harhaluuloja ja harhanäkyjä. (Heimonen & Voutilainen 2001, 30–31.) Dementoitunut tarvitsee apua päivittäisissä askareissaan, mutta selviytyy vielä henkilökohtaisista toimista itsenäisesti (Heimonen & Voutilainen 2001, 30; Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 11). Kyky itsestä huolehtimiseen on sattumanvaraista ja vaaratilanteita ilmenee jokapäiväisessä elämässä, mutta hän pystyy kuitenkin asumaan kotona säännöllisen avun turvin (Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 11).

Vaikea dementia

Vaikeassa dementian vaiheessa henkilön kyky huolehtia itsestään on menetetty ja hän tarvitsee säännöllistä ja jatkuvaa apua (Heimonen & Voutilainen 2001, 31; Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 11). Tässä vaiheessa yksinkertaisetkaan päättelyä ja muistamista vaativat tehtävät eivät onnistu itsenäisesti (Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 11). Dementoituneen sairaudentunto on kokonaan menetetty, liikuntakyky vaikeutuu sekä esiintyy runsaasti yhä pahenevia käytösoireita. Hän ei selviä enää kotona runsaankaan avun turvin vaan tarvitsee laitoshoidoa. (Heimonen & Voutilainen 2001, 31).

Dementoituneen hoidon perustana on jokaisen ihmisen elämän, ihmisarvon sekä ihmisoikeuksien kunnioittaminen. Hoitotyön tavoitteena on ylläpitää ja edistää dementoituneen terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Dementiaa sairastavat tarvitsevat turvallisen sekä onnistumisen elämyksiä tuottavan elinympäristön. Näin luo-

daan mahdollisuudet vähentää ja ennaltaehkäistä ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta sekä tukea dementoituneen yksilöllistä minäkuvaa. (Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 22.)

Vaikeassa dementianvaiheessa hoitotyön painotuksen tulee kohdistua elämäntarinan jatkuvuuteen, jossa lähtökohtina ovat dementoituneen yksilöllisyyden ja persoonan kunnioittaminen sekä hänen voimavarojensa huomioon ottaminen. Tällöin hoitotyön tavoitteiden sisällössä korostuvat passivoitumisen ehkäiseminen, sosiaalisten taitojen ylläpitäminen ja toimintakyvyn tukeminen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 58.) Toimintakykyä tukevalla hoidolla edistetään dementoituneen fyysistä sekä psyykkistä kuntoa, sosiaalisia taitoja sekä myös kognitiivisia toimintoja kuten muistia, ajattelua, hahmottamista ja puhumista. Tukemalla toimintakykyä ennaltaehkäistään ja hoidetaan dementoituneen käytösoireita. (Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 23.)

Toimintakykyä tukevassa hoidossa pyritään löytämään dementoituneen voimavarat ja hyödyntämään niitä jokapäiväisessä elämässä. Tämän edellytyksenä on dementoituneen kokonaistilanteen ja yksilöllisen elämänhistorian tunteminen. Toimintakykyä tukevaan hoitoon kuuluu myös kadotettujen sekä käyttämättömien taitojen kuntouttaminen. (Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 23.) Dementoitunutta tulee tukea osallistumaan totuttuihin toimintoihin ja jatkamaan mahdollisimman normaalia elämää. Tukemisessa on tärkeää luoda toivoa, vahvistaa voimaantumisen tunnetta sekä löytää keinoja tapahtuneiden ja tulevaisuudessa kohdattavien uusien muutosten kanssa selviytymiseksi. Voimaantumisen tukeminen vaikuttaa dementoituneen elämänlaatuun. Yleisti voimaantumisella tarkoitetaan oman elämänhallinnan saavuttamista, itsenäisyyttä sekä tasa-arvoista osallisuutta yhteisön elämään. Dementoituneen hoitotyössä on tärkeää löytää toimintamahdollisuuksia, eikä ainoastaan tunnistaa sairauden aiheuttamia rajoituksia. (Heimonen & Voutilainen 2006, 18–19.)

Dementiakoti Vilhelmiinassa asukkaat ovat vaikeasti dementoituneita ja profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä tullaan ottamaan tämä huomioon.

3.3 Profiilihoito

Profiilihoito on yksilöllisyyteen perustuvaa hoitotyötä. Se sisältää sekä toimintakykyä tukevia että elämänlaatua edistäviä ulottuvuuksia, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Sen tavoitteena on tukea dementoituneen ihmisen voimavaroja, toimintakykyä sekä kohentaa elämänlaatua ja hyvinvointia yksilöllisistä tarpeista lähtien. (Setälä 2007, 4, 7-8, 15.) Dementoituneen elämänlaadun tukemisen taustalla ovat ihmisen kokonaistilanteen sekä toimintakyvyn arviointi. Voimavarojen sekä säilyneiden kykyjen tunnistaminen sekä niiden tavoitteellinen tukeminen edistävät dementoituneen elämänlaatua. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57; Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 23.) Profiilihoidon lähtökohtana on dementoituneen ihmisen jäljellä oleva toimintakyky ja sen tukeminen. (Setälä 2007, 8-9).

Profiilihoidon periaatteena on dementoituneen yksilöllisyyden tunnistaminen ja sen kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden tukeminen, säilyneiden, heikentyneiden sekä menetettyjen kykyjen tunnistaminen ja toimintakyvyn tavoitteellinen tukeminen (Setälä 2007, 7-8). Yksilöllisyydellä ja sen kunnioittamisella tarkoitetaan dementoituneen kohtaamista yksilöllisenä, ainutkertaisena ihmisenä, jossa otetaan huomioon hänen elämänhistoriansa sekä elämäntilanteensa. Tämä tarkoittaa tietoa siitä, mitkä ovat olleet hänen elämänsä tärkeitä asioita, mitkä ovat tuottaneet mielihyvää, min-kälaisista asioista hän ei pidä ja mitkä asiat ovat tuottaneet turvallisuudentunnetta ja mitkä asiat aiheuttavat ahdistusta ja pelkoa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.) Profiilihoidossa keskeisimpänä näkökulmana on dementoituneen elämäntarinan tunteminen ja sen huomioiminen jokapäiväisessä elämässä (Setälä 2007, 10).

Yksilöllisyyden tunnistaminen näkyy profiilihoidossa siten, että asukasta ja hänen omaisia kuullaan ja keskustellaan asukkaan tarpeista ja toiveista. Yksilöllisyyden tunnistaminen näkyy myös hoitajien tekemien havaintojen kautta, jolla saadaan tietoa asukkaan tavoista arjen toiminnoissa (Setälä 2007, 5). Itsemääräämisoikeuden tukeminen näkyy profiilihoidossa siten, että asukkaalle annetaan valinnanmahdollisuuksia arjen tilanteissa ottaen huomioon hänen toimintakykynsä heikkeneminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että profiilihoidossa asukkaalle annetaan mahdollisuus suoriutua mahdollisimman itsenäisesti arjen tilanteissa.

Profiilihoidossa tarvitaan kattavaa tietoa asukkaasta sekä kykyä soveltaa sitä tavoitteellisesti käytännön hoitotyöhön. Arvioitaessa dementoituneen ihmisen kokonaistilannetta tarvitaan tietoa sairaudesta, elämäntilanteesta sekä hänen persoonastaan (Heimonen & Voutilainen 2006, 58). Profiilihoidossa tarvitaan myös kykyä asettaa dementoituneen tilanteeseen sekä ratkaista rakentavasti arjessa esiintyviä ongelmia. Tämä edellyttää tietoa siitä millainen ihminen hän on nyt sairastuneena sekä millainen hän oli terveenä ollessaan. Tärkeää on ymmärtää mitä sairaus juuri tälle ihmiselle merkitsee, miten älyllisten toimintojen muutokset haittoineen vaikuttavat sekä millaista osaa tunteet näyttelevät asukkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Tärkeää on ymmärtää dementoituneen sisäinen maailma eli se missä hän kokemuksellisesti elää. (Setälä 2007, 8, 10, 15–16.) Profiilihoidossa dementoituneen tunteita ja sisäistä maailmaa lähestytään validaatiomenetelmällä. Validoivaa lähestymistapaa käytetään profiilihoitoa täydentävänä ja rinnakkaisena menetelmänä.

Profiilihoidossa tärkeänä nähdään asukkaan yksilöllisyys, elämäntarinan tunteminen ja validoiva lähestymistapa, joita seuraavassa tarkemmin kuvataan.

Yksilöllinen hoitotyö

Kirjallisuuskatsauksen ja tutkimusten perusteella yksilöllisestä hoitotyöstä käytetään yleisesti termejä potilaslähtöinen hoitotyö sekä asiakaslähtöinen hoitotyö. Termejä asiakaslähtöinen sekä potilaslähtöinen käytetään toistensa synonyymeina. Asiakaslähtöistä hoitotyötä käytetään avoterveydenhuollossa ja potilaslähtöistä hoitotyötä laitosympäristössä. Pääsääntöisesti terveyspalveluja käyttävää ihmistä pidetään asiakkaana ja käytetään nimitystä asiakas. (Kujala 2003, 29.) Tässä opinnäytetyössä asiakkaalla tarkoitetaan dementia kodissa asuvaa henkilöä, josta käytetään nimitystä asukas.

Yksilöllisellä hoidolla tarkoitetaan tarkastelunäkökulman siirtämistä potilaslähtöiseksi (Suhonen 2005, 39). Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan todellisuus, rajoitukset ja mahdollisuudet ovat hoidon lähtökohtana, perustuen ihmisen omaan osallisuuden turvaamiseen hoidossa (Latvala 1998, 23; Kujala 2003, 18). Suhosen (2005, 39.)

mukaan yksilökeskeinen hoitotyön näkökulma ei tarkoita sitä, että yhteisöllisyyttä ei tulisi huomioida. Myös omaisten erityispiirteet voivat olla yksilöllisen hoidon lähtökohtana ja omaiset tulisi ottaa yhä enenevässä määrin mukaan hoitamiseen. Tärkeää on, että hoito on räätälöity todellisista yksilöllisistä tarpeista lähtien eikä oletetuista tarpeista esimerkiksi asiakasryhmittäin.

Yksilöllisyys on yksi hoitotyön keskeisimmistä periaatteista. Yksilöllisen hoidon lähtökohtana on yksilö. Se johtaa tarkempaan ja laadukkaampaan tiedonkeräämiseen sekä paremmin räätälöityyn, kohdistettuun sekä valikoituun hoitoon. Yksilöllinen hoito pohjautuu yksityiskohtaiselle tiedolle asiakkaasta sekä hänen terveystarpeistaan. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaita ei kohdella yhtenä homogeenisenä ryhmänä vaan toisistaan erottuvina yksilöinä. Tämä toteutuu siten, että jokaista asiakasta kunnioitetaan ja asiakkaiden elämänolosuhteet selvitetään hoidon suunnittelun lähtökohdaksi. (Suhonen 2005, 39, 41.)

Latvala (2003, 23.) käyttää tutkimuksessaan käsitettä ihmisläheinen hoito, joka kuvaa asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumista. Ihmisläheisen hoidon keskeisinä asioina ovat asiakkaan arvot ja elämäntilanne, jotka otetaan huomioon hoidossa. Tässä näkökulmassa asiakas nähdään vastuullisena yksilönä. Yksilöllisen hoidon näkökulma tarkoittaa hoidon räätälöintiä, soveltamista yksittäisen asiakkaan lähtökohtiin, mieltymyksiin, tarpeisiin sekä tilanteisiin (Kujala 2003, 30; Suhonen 2005, 41). Suunniteltaessa yksilöllistä hoitoa, hoitotyöntekijän tulee tuntea asiakkaansa sekä tietää hänestä tarvittavat asiat. Tämän jälkeen voidaan yksilöllistää hoitotoimet näiden tietojen perusteella. (Suhonen 2005, 39, 41.)

Kujala (2003, 5, 17.) kehitti väitöstutkimuksensa avulla asiakaslähtöisen laadunhallintamallin terveyskeskukseen. Tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana oli asiakaslähtöisyys. Käsitteenä potilaan osallisuus omaan hoitoonsa oli tutkimuksen keskeisin näkökulma perusterveydenhuollon hoitopalvelujen laatutekijänä. Tutkimuksen tarkoituksena oli osoittaa asiakaslähtöiseen malliin perustuva laatujärjestelmä, jossa asiakaspalautetta analysoidaan jatkuvasti ja systemaattisesti sekä osoittaa sen toimivuus ja soveltuvuus pieniin terveydenhuollon yksiköihin. Tutkimuksen aineisto kerättiin systemaattisesti pieninä otoksina vuoden aikana asiakaspalautteista, joita oli

yhteensä 1661.

Tutkimus korostaa asiakaslähtöisen hoitotyön yksilöllistä näkökulmaa sekä yksilön osallisuutta omaan hoitoonsa. Lähtökohtana ovat yksilön tarpeet ja odotukset. Terveysthuoltoon kohdistuu yhä enenevässä määrin yhteisöllisiä paineita, joita yhteiskunnalliset muutokset ovat lisäämässä. Tästä syystä Kujala näkee tärkeänä huolehtia riittävästä hoidon toimivuudesta sekä laadusta. Huomio kiinnitetään hoitosuhteeseen sekä sen pysyvyyteen. Perinteinen potilaan rooli on muuttumassa osallistuvammaksi. Hoitosuhde nähdään kumppanuutena asiakkaan ja omaisten sekä hoitotyöntekijöiden välillä. (Kujala 2003, 19, 24, 35, 142.) Myös Latvalan tutkimuksen (1998, 19–20) mukaan yhteistoiminnallinen työtapo edellyttää hoitotyöntekijän sekä asiakkaan toiminnan muutoksia esimerkiksi luopumista perinteisestä työskentelytavasta. Vain näin asiakkaan aktiivinen osallistuminen hoitoonsa on mahdollista.

Elämäntarina-ajattelu

Elämäntarina- ajattelussa ihmisen elämä on tarina, jossa yksilölliset elämäntapahtumat ja - tilanteet muodostuvat yhteiskunnallisissa sekä paikallisissa oloissa etenevän yksilöllisen kokonaisuuden. Elämäntarinaa voidaan luonnehtia kokemukselliseksi prosessiksi, jossa ihminen antaa sille persoonallisuutensa välityksellä omia merkityksiään. Elämäntarinassa tärkeitä ovat ne valinnat, joita yksilö tekee erilaisissa elämäntilanteissa tietoisesti tai tiedostamatta. (Mäkisalo 2001, 19; Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 18.)

Elämäntarina- ajattelu sopii peruslähestymistavaksi dementoituneen hoitoon, sillä se on myönteinen ja ihmistä kunnioittava lähestymistapa. Elämäntarina ei kuitenkaan ole täydellinen ilman kaikkia osia. Joidenkin ihmisten elämäntarinaan kuuluu dementoituminen ja elämäntarina-ajattelun mukaan se ei tarkoita sitä, että dementoituneiden tarinat loppuisivat tai että kaikkia dementoituneita pitäisi kohdella samalla tavalla. Hoitotyössä keskeisimpänä lähtökohtana elämäntarina-ajattelussa on tiedostaa eri dementian vaiheessa olevien suhde aikaan sekä todellisuuteen. Lievässä dementian vaiheessa ihminen elää samassa ajassa ja todellisuudessa meidän kans-

samme. Kesivaikean dementian vaiheessa ihminen pystyy selkeinä päivinä ja hetkinä olemaan samassa ajassa ja todellisuudessa kanssamme. Vaikean dementian vaiheessa ihminen lähes aina elää toisessa todellisuudessa kuin me. (Mäkisalo 2001, 33- 34.)

Dementiaa sairastava ei välttämättä itse pysty kertomaan elämäntarinaansa toiselle. Hoitotyöntekijöiden tulee olla aktiivisia kuullakseen, nähdäkseen sekä havainnoidakseen jokaisen dementoituneen tarinaa ja sen vaikutusta tähän hetkeen. Omaisilta saatu tieto on ensiarvoisen tärkeää, sillä he voivat kertoa millainen hänen elämänsä on ollut lapsuudesta tähän hetkeen. (Mäkisalo 2001, 36; Suomen dementiahoitoyhdistys 2006, 18.) Millaisia ja miten tärkeitä ovat hänen tavat, tottumukset ja arvot. Miten hän on suhtautunut toisiin ihmisiin, elämään sekä kuolemaan. Ketkä ihmiset ovat olleet hänelle tärkeitä ja mistä asioista hän on ollut kiinnostunut. Elämäntarinan avulla voidaan paremmin ymmärtää, miksi ihminen käyttäytyy ja reagoi tiettyihin tilanteisiin ja ärsykkeisiin tietyllä tavalla. Elämäntarina-ajattelun mukaan kaikki liittyy kaikkeen ja kaikella on jokin tarkoitus. (Mäkisalo 2001, 36.)

Elämäntarina-ajattelun avulla voidaan oppia myös tulkitsemaan dementoituneen ei-sanallista viestintää. Keskeisenä asiana dementoituneen kohtaamisessa ja auttamisessa nähdään hoitotyöntekijän kyky tavoitteelliseen vuorovaikutukseen. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoitotyöntekijä kuulee, näkee sekä havaitsee sanallista ja ei-sanallista viestintää. Hoitotyöntekijältä odotetaan taitoa olla läsnä ja eläytyä, jotta hän ymmärtää dementoituneen viestit. Hän pystyy paremmin auttamaan dementoitunutta, jos hän tavalla tai toisella pystyy eläytymään dementoituneen kokemusmaailmaan. Mitä paremmin ja pidemmältä aikaväliltä hoitotyöntekijä tuntee dementoituneen elämäntarinaa, sitä yksilöllisempää ja laadukkaampaa hoitoa voidaan toteuttaa. Elämäntarina-ajattelun avulla voidaan vahvistaa ja löytää dementoituneen vahvuuksia ja voimavaroja. (Mäkisalo 2001, 37–40.)

Mäkisalon (2001, 42) mukaan elämäntarina-ajattelua voidaan hyödyntää dementiaa sairastavien hoitotyössä seuraavalla tavalla:

- Auttaa ymmärtämään nykyistä käyttäytymistä
- Auttaa löytämään mielenkiintoisia keskustelunaiheita esimerkiksi menneiden asioiden muistelu

- Mikäli ihminen ei itse pysty enää puhumaan, voi hoitotyöntekijä puhua sellaisista asioista, jotka ovat dementoituneelle tuttuja ja tärkeitä
- Auttaa löytämään sellaista tekemistä, joka on tuottanut aiemmin mielihyvää, kuten lempimusiikki tai hieronta

Validaatio

Validaatio on terapiamuoto, jonka on kehittänyt vuosina 1963–1980 amerikkalainen gerontologi ja sosiaalityöntekijä Naomi Feil työskennellessään muistihäiriöisten vanhusten parissa (Sipola 1999, 104; Mäkisalo 2001, 65). Validaatioterapia on terapia muoto, jonka käyttö edellyttää asianmukaista terapiakoulutusta. Validoivaa lähestymistapaa voidaan kuitenkin käyttää hoitotyössä esimerkiksi elämäntarina-ajattelun rinnalla tai täydentävänä näkökulmana. (Mäkisalo 2001, 65). Validaatio perustuu Erik H. Eriksonin psykososiaaliseen kehitysteoriaan, jonka mukaan vanhuuden tärkein kehitystehtävä on tehdä tilinpäätöstä eletystä elämästä. Dementoitunut ei pysty tekemään tilinpäätöstä älyllisellä tasolla, vaan hän toteuttaa kehitystehtävää käsittelemällä menneitä tapahtumia ja elämällä niitä uudelleen mielikuviansa avulla. Hän palaa niihin tunteisiin sekä asioihin, joiden käsittely on jäänyt kesken. Mielikuvat, joissa hän elää ovat hänen sisäistä todellisuuttaan, ne eivät ole harhoja. Validoivassa lähestymistavassa tätä sisäistä todellisuutta pidetään validina eli luotettavana ja voimassa olevana. (Feil 1993, 16, 20–22; Sipola 1999, 107; Mäkisalo 2001, 65.)

Validoiva lähestymistapa korostaa, että ihmisen on saatava käsitellä ja ilmaista tunteitaan. Hoitotyöntekijöiden sekä omaisten tulisi hyväksyä nämä tunteet ja niiden mukana tuleva käyttäytyminen. Validaatioterapia pyrkii systemaattisesti ja tarkoituksellisesti tukemaan tunteiden esilletuloa. Validoiva lähestymistapa korostaa sitä, että hoitotyöntekijän on otettava vastaan esille tulevat tunteet, eikä yritä poistaa niitä esimerkiksi rauhoittamalla. Tärkeää on tunnistaa sekä hyväksyä tunteet ja niiden tuoma käyttäytyminen. (Feil 1993, 13–14; Mäkisalo 2001, 65)

Validoiva lähestymistapa jakaa dementian neljään vaiheeseen:

1. Malorientaation vaiheessa dementoitunut tuntee, että jotain on vialla. Hän pitää kiinni nykyisyydestä kaikin keinoin. Sosiaalisen yhteisön sääntöjen noudattaminen tuo turvallisuudentunnetta ja hän huomauttaa helposti, mikäli joku ei toimi näiden sääntöjen mukaisesti. Tässä vaiheessa dementoitunut voi myös eristäytyä muista ihmisistä sekä sosiaalisista tilanteista huomatessaan, että ei pysty käyttäytymään ja toiminaan normien ja tapojen mukaisesti. Malorientaation vaiheessa moni kokee kosketuksen, tunteista puhumisen sekä intensiivisen katsekontaktin uhkaavana.
2. Ajan tajun hämärtyamisen vaiheessa nykyhetki ja menneisyys sekoittuvat keskenään. Tässä vaiheessa tunteiden merkitys kasvaa. Puheessa esiintyy omaperäisiä keksittyjä sanoja. Hoitotyöntekijän tulee puhua selkeästi, kysellä ja kuunnella. Dementoitunut tuo tunteita esille symbolihenkilön avulla. Symbolihenkilö voi olla kuka tahansa omainen, vieras tai hoitohenkilökuntaan kuuluva, jonka läsnäolo aktivoi jonkin läpikäymättömän tunteen tai muiston. Esiin tullutta muistoa tai tunnetta ei saa mitätöidä tai kieltää, sillä dementoituneella on oikeus tuntea ja käydä läpi elämäntarinansa keskeneräisiä asioita.
3. Toistuvien liikkeiden vaiheessa dementoitunut vetäytyy liikkeisiin ja ääniin, joita hän on oppinut ennen puheen kehittymistä. Symbolihenkilöt ja sanat vaihtuvat erilaisiin kehon liikkeisiin. Hän työskentelee käsillään, hyräilee ja maiskuttelee. Yhteyttä dementoituneeseen pyritään säilyttämään nonverbaalisen viestinnän avulla. Tärkeää viestinnässä on muun muassa kosketus, äänensävy, musiikki ja peilaaminen.
4. Sikiövaiheessa dementoitunut sulkee ympäröivän maailman kokonaan ulkopuolelleen. Viestinnässä korostuu entisestään kosketus, hyräily ja lempimusiikki. (Feil 1993, 56–66; Sipola 1999, 109; Mäkisalo 2001, 65–66.)

Validoiva lähestymistapa korostaa, että dementoituneeseen on suhtauduttava kunnioittavasti, teeskentelemättömästi sekä rehellisesti. Toteutettaessa validoivaa lähestymistapaa dementoituneen puheita tai sanomisia ei korjailla. Hänelle ei valehdella, vaan pyritään välittämään turvallisuuden sekä hyväksymisen tunteita. (Mäkisalo 2001, 66.)

Mäkisalon (2001, 67) mukaan validaation keskeiset periaatteet voidaan tiivistää seuraavalla tavalla:

- Lapsuudessa opitut asiat ovat juurtuneet syvään. Lähimuistin heiketessä varhain opitut asiat palautuvat mieleen.
- Jokin tapahtuma nykyhetkessä voi laukaista varhaisen muiston. Menneisyys ja nykyisyys yhdistyvät.
- Jokin fyysinen menetys, kuten näön heikkeneminen voi aiheuttaa tunnemuistoja.
- Salassa pidetyt tunteet voimistuvat tukahdutettuina. Kun tunteet tulevat esille, ne menettävät voimansa.
- Empaattinen kuuntelu ja läsnäolo helpottavat dementoituneen pahaa oloa.

3.4 Profiilihoito toimintamallina

Tämän työn tarkoituksena on kehittää profiilihoidon toimintamalli dementiakoti Vilhelmiinaan.

Toimintamalli mielletään positiiviseksi mielikuvaksi hyvin järjestetystä toiminnasta. Toimintamallista käytetään usein myös nimitystä toimintatapa, toimintakäytäntö, orientaatio tai työmenetelmä. Näiden lisäksi toimintamallia kuvataan työvälineenä tai työkaluna sekä tavoitteiden saavuttamisen keinoina. (Peltö-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 16, 29.)

Toimintamallin merkitys kuitenkin vaihtelee toimintaympäristön mukaisesti. Sillä voidaan tarkoittaa erilaisia toimintatapoja tai erilaisia tapoja järjestää toiminta. Se voidaan nähdä myös työmenetelmien organisointitapana tai teoreettisena mallina jonkin asian toimintaperiaatteesta. Teoreettisena mallina toimintamalli sisältää useita toimintoja sekä työtapoja. Se voi olla kaavamainen, mutta monitasoinen sekä laaja kuvaus yksinkertaisesta toiminnasta, jolloin toimintamalli käsittää vain yhden toimintakokonaisuuden ja se kuvaa toiminnan etenemistä eri toimintojen kautta vaiheesta toiseen. Toimintamalli tarkoittaa myös yksittäistä toimintaa ja sen suorittamistapaa sekä toimintojen kokonaisuuden järjestämistä. Toimintamallia voidaan käyttää

myös kuvaamaan yksilön ajatusmallia ja tapaa toimia. Sitä käytetään myös etenemissuunnitelmana ja runkona toiminnalle, silloin se viittaa kaikkeen toimintaan jota hankkeen aikana toteutetaan. (Peltö-Huikko ym. 2006, 16, 29.)

Toimintamalli on ohje, jonka mukaisesti jokin prosessi viedään läpi tai se on mallinnus siitä, miten jokin asia pitäisi tehdä ja miten toiminta tulisi järjestää, jotta toiminta olisi mahdollisimman hyvää ja tehokasta. Toimintamallin tulee olla selkeä ja yksinkertainen, sisällöltään konkreettinen ja toteutettavissa oleva. Toimintamallin tavoitteena on eri toimijoiden järjestelmällisyys ja yhteisiin sääntöihin sitoutuminen. Se valitaan toiminnan järjestämiseksi silloin, kun halutaan parantaa toiminnan siirrettävyyttä muihin toimintaympäristöihin tai kun kyse on moniammatillisesta yhteistyöstä. (Peltö-Huikko ym. 2006, 29–30.)

Uuden toimintamallin kehittämisellä pyritään muutokseen työssä tai organisaatiossa ja sillä tavoitellaan toiminnan kohteena olevan asian laajentumista. Muutos opettaa työyhteisölle jotakin uutta, mitä ei ole vielä olemassa. Tämä edellyttää työrutiinien selkeyttämistä, yhteistyötä, uusia työvälineitä ja menetelmiä. (Engeström 1998, 87, 90, 98-99; Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 15; Engeström 2004, 13, 66.) Toimintamallin kehittäminen ei tapahdu suoraviivaisesti uusien piirteiden lisääntymisenä tai vanhojen piirteiden korvautumisena uusilla. Kehitykseen sisältyy niin murroksia kuin kriisejäkin, joiden ylittämiseksi toimintajärjestelmää on muutettava laadullisesti. Toiminnan kehittäminen on monivaiheinen prosessi ja sillä on oma dynamiikkansa. (Virkkunen ym. 2001, 15; Engeström 2004, 90.) Uuden toimintamallin kehittäminen ja käyttöönotto muuttaa työyhteisön totuttuja toimenkuvia ja rakenteita. Tämä aiheuttaa ristiriitoja vanhan toimintatavan ja uuden mallin välillä. (Engeström 2004, 62.) Toiminnan kehittämisessä on tärkeää ottaa mukaan koko työyhteisö, jolloin he ottavat vastuuta koko prosessista, eikä vain yksittäisestä toimenpiteestä (Engeström 1998, 98–99).

Tässä työssä esimerkkinä toimintamallista on Päivi Löfmanin kehittämä osallistava toimintamalli ortopedisten reumapotilaiden itsemääräämisen edistämiseksi hoitotyössä. Löfman (2006, 21, 43, 52–53, 68) kehitti väitöstutkimuksensa avulla reumapotilaan itsemääräämistä edistävän osallistavan toimintamallin. Tutkimuksen teo-

reettisena lähtökohtana oli itsemääräämisoikeus. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää osallistava toimintamalli ortopedisten reumapotilaiden itsemääräämisen edistämiseksi hoitotyössä, soveltaa mallia käytäntöön sekä arvioida sen aikaan saamia muutoksia. Tutkimus toteutettiin osallistavan toimintatutkimuksen menetelmällä. Lähtötilanteen aineistoa kerättiin reumapotilaiden teemahaastatteluilla (n=20) ja hoitohenkilökunnan ryhmähaastatteluilla (n=21). Haastatteluiden analyysin tulokset toimivat lähtökohtana toimintamallin suunnitteluvaiheessa. Toteuttamisvaiheessa aineistoa kerättiin hoitohenkilökunnan itsearviointeilla (n=18), vertaisarviointeilla (n=21) sekä eettisiä kysymyksiä toimintatutkimuksessa käsittelevillä tutkimusartikkeleilla (n = 20). Arviointivaiheen aineisto koostui potilaiden (n=20) teemahaastatteluista lähtötilanteesta ja arviointivaiheessa (n=19).

Tutkimuksen tuloksena kehitettiin osallistava toimintamalli, jonka lähtökohtana itsemäärääminen ymmärrettiin eettiseksi periaatteeksi, jolla tarkoitetaan yksilön vaputta tehdä omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Osallistava toimintamalli sisälsi itsemääräämisen edellytysten luomisen, itsemääräämistä tukevan toiminnan ja itsemääräämisen seurausten huomioimisen. Tutkimuksen tuloksena selvisi myös, että potilaan näkökulmasta itsemääräämisen edellytykset olivat vapaus ilmaista itseään, rohkeus ja riittävä terveydentila. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta niitä olivat potilaan oikeuksien lainsäädännön tunteminen, eettisten periaatteiden noudattaminen, yhtenäisten toimintamallien soveltaminen sekä tiedollinen tuki ja potilaan tukeminen koko hoitjakson ajan. Lisäksi tutkimuksen tulosten mukaan tärkeää oli myös yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä. (Löfman 2006, 87–90.)

Löfmanin (2006, 85, 87, 89–92) tutkimuksen mukaan itsemääräämistä tukevassa toiminnassa korostuvat potilaiden rohkaiseminen, henkinen tuki päätöksenteossa, tasa-arvoisuus sekä potilaan aktivointi ja kannustaminen. Itsemääräämisen seurausten huomioimisessa reflektointi kohdistetaan potilaan vastuun kehittymiseen, roolien tasavertaistumiseen, potilasmyönteiseen asenteeseen, avoimeen ilmapiiriin ja potilaiden kieltäytymispäätösten seurantaan. Tutkimuksen mukaan reumapotilaiden itsemääräämistä edistäviä tekijöitä olivat osallisuus hoitotyön kehittämiseen, sitoutuminen pitkäjänteiseen toimintaan ja johdolta saatu tuki.

Dementoituneiden profiilihoito on vaativa tehtävä. Se edellyttää hoitotyöntekijöiltä dementoituneiden kunnioittamista, eri asioiden kokeilemista ja jatkuvaa oivaltamista dementoituneiden tarpeista ja muuttuvista tilanteista. Se edellyttää myös hoitotyöntekijöiltä osaamista, tietoa ja taitoa sekä perehtymistä dementiaan. Profiilihoito vaatii jatkuvaa koulutusta, jotta voidaan ylläpitää ja kehittää dementoituneiden hyvää hoitoa. Ennen profiilihoidon toimintamallin kehittämistä ja sen aikaansaamaa muutosprosessia dementiakoti Vilhelmiinassa toimintatavat tukeutuivat perinteisiin hoitotyön tapoihin, siten että profiilihoitoa toteutettiin hoitotyönä eikä niinkään omana toimintatapana.

Aikaisemmin työntekijöillä ei ollut käytössään profiilihoidon toimintamallia, joka olisi mahdollistanut yhtenäisen toimintatavan ja tehnyt profiilihoidosta joustavan käyttäjä päivittäisessä hoitotyössä. Profiilihoidon toimintamalli kehitetään työohjeeksi henkilökunnalle, asettaen samalla toiminnalle yhteiset tavoitteet ja päämäärät. Toimintamalli mahdollistaa henkilökunnan osaamisen ja jatkuvan kehityksen. Se kehittää työtapoja ja työoloja sekä mahdollistaa profiilihoidon pitkänaikavälin kehittämisen. Toimiva toimintamalli lisää asukkaan turvallisuuden tunnetta ja luottamusta siihen, että hän saa riittävästi yksilöllistä tukea selviytyäkseen arjen toiminnoissaan. Toimintamalli vaatii asukkaan elämänhistorian tuntemista, jolla pyritään yksilöllisyyteen ja kokonaisvaltaiseen hoitotyön tarpeen arviointiin. Sen tulee olla toimiva, selkeä ja hyödynnettävissä oleva käytännön hoitotyössä ja sen tulee tukea asukkaan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä hänen voimavaransa huomioiden.

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Tämän työn ensimmäinen suunnittelukokous pidettiin Pappilanlammen palvelukeskuksessa tammikuussa 2008. Kehittämishanke suunniteltiin toteutettavaksi dementiakoti Vilhelmiinassa. Helmikuussa haettiin tutkimuslupaa Ulvilan Vanhustenhuoltoyhdistykseltä ja luvan tultua helmikuun lopulla allekirjoitettiin yhteistyösopimus.

Yhteistyökokouksessa läsnä olivat opinnäytetyöntekijän lisäksi opinnäytetyön ohjaaja, palvelukeskuksen johtaja sekä profiilihoidon projektityöntekijä. Yhteistyökokouksessa keskusteltiin työn aiheesta ja tehtiin joitakin rajauksia. Kokouksen jälkeen maaliskuussa huhtikuussa keskusteltiin profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa työn aiheesta ja selviteltiin nykyisen profiilihoidon toimitavan käytäntöjä. Työn aiheen tarkennettua kävi ilmi, että tutkimusaineiston kerääminen asukkaan hoitotiedoista ja sen käyttäminen tutkimustarkoitukseen edellyttää viranomaislupaa. Sosiaali- ja terveysministeriöltä haettiin opinnäytetyölle tutkimuslupaa huhtikuussa 2008.

Toukokuussa pidettiin uusi yhteistyökokous, jossa läsnä olivat opinnäytetyöntekijä, opinnäytetyön ohjaaja, palvelukeskuksen johtaja ja kaksi profiilihoidon projektityöntekijää. Yhteistyökokouksessa keskusteltiin, opinnäytetyön sisällön kehittämisestä, jossa päätettiin toimintamallin kehittämistyön suunnitelmasta, aikataulun edistymisestä, sisäisestä tiedottamisesta sekä käytännön toiminnan organisoimisesta. Jälkimmäiseen liittyen tarkennettiin projektityöntekijöiden osuutta kehittämistyössä. Opinnäytetyön tehtävänanto selkiintyi. Kesäkuussa haastateltiin Vilhelmiinan henkilökuntaa, jolloin teemoina olivat nykyinen profiilihoito ja sen toteutuminen dementia koti Vilhelmiinassa (liite 4). Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimuslupa saapui heinäkuun lopulla, jonka jälkeen elokuussa aloitettiin aineiston kerääminen asukkaiden hoitotiedoista sekä Pappilalammen palvelukeskukseen kehitetyistä profiilihoidon lomakkeista.

Palvelukeskuksen johtaja toivoi kesäkuun henkilökunnan haastattelusta yhteenvetoa, jotta hän saisi kuvauksen henkilökunnan sen hetkisestä profiilihoidon ymmärryksestä. Haastattelun yhteenveto lähetettiin palvelukeskuksen johtajalle ja projektityöntekijöille luettavaksi. Tämä toi esille tarpeen kokoukselle. Kokous pidettiin elokuussa Vilhelmiinassa ja siihen osallistuivat opinnäytetyöntekijä, palvelukeskuksen johtaja, kaksi profiilihoidon projektityöntekijää sekä Vilhelmiinan henkilökuntaa. Kokouksessa keskusteltiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja korostettiin henkilökunnan vuorovaikutuksellista osuutta profiilihoidon toimintamallin kehittämisprosessissa. Kokouksen jälkeen elokuun lopulla aloitettiin aineiston analysointi. Syyskuussa aloitettiin uuden profiilihoidon toimintamallin suunnittelu, jossa lähtökohtina olivat alkutila-analyysi, haastattelut ja opinnäytetyöntekijän päiväkirjamerkinnot. Lokakuun alussa

pidettiin profiilihoidon toimintamallin kehittämiskokous, johon osallistui opinnäytetyöntekijä ja kaksi profiilihoidon projektityöntekijää. Kokouksen tarkoituksena oli kuulla henkilökunnan kehittämisehdotuksia profiilihoidon toimintamallin suunnitelmaan. Marraskuun lopulla profiilihoidon toimintamallista saatiin ensimmäinen versio.

Tammikuussa 2009 pidettiin uusi profiilihoidon toimintamallin kehittämiskokous, johon osallistuivat palvelukeskuksen johtaja, profiilihoidon projektityöntekijät ja opinnäytetyöntekijä. Kokouksessa keskusteltiin toimintamallin suunnitelmasta ja tehtiin joitakin lisäyksiä. Tämän lisäksi kokouksessa suunniteltiin toimintamallia havainnollistavaa kuviota, jonka tarkoituksena on kuvata toimintamallin toteutusta. Kokouksessa keskusteltiin myös toimintamallin arvioinnista ja miten sitä tulisi toteuttaa. Sovittiin, että opinnäytetyöntekijä suunnittelee arviointisuunnitelman toimintamallin toteutukseen. Profiilihoidon lähtökohtien selvittelyyn ja toimintamallin kehittämiseen liittyvistä asioista keskusteltiin eri osapuolten kesken. Käydyistä keskusteluista ja kokouksista pidettiin päiväkirjaa. Opinnäytetyön toteutusta havainnollistamaan laadittiin taulukko (taulukko 1).

Taulukko 1. Opinnäytetyön toteutus ja aikataulu vuonna 2008 - 2009

Ajankohta	Aihe
Tammikuu	Opinnäytetyön ensimmäinen suunnittelukokous Pappialanlammen palvelukeskuksessa, jossa sovittiin kehittämishankkeen toteuttamispaikaksi dementia koti Vilhelmiina.
Helmikuu	Tutkimusluvan hakeminen Ulvilan Vanhustenhoidon yhdistykseltä. Yhteistyö sopimuksen allekirjoittaminen opinnäytetyöntekijän ja Pappilanlammen palvelukeskuksen välillä. Opinnäytetyön aiheen rajaaminen.
Maaliskuu	Profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa selvitettiin nykyisen profiilihoidon toimintatavan käytäntöjä.
Huhtikuu	Tutkimusluvan hakeminen Sosiaali- ja terveysministeriöltä. Selvitettiin nykyisen profiilihoidon toimintatavan käytäntöjä.
Toukokuu	Yhteistyökokous pidettiin Pappilanlammen palvelukeskuksessa, jossa keskusteltiin opinnäytetyön sisällön kehittämisestä, kehittämistyön suunnitelmasta, aikataulun edistymisestä, sisäisestä tiedottamisesta ja käytännön toiminnan organisoimisesta sekä tarkennettiin projektityöntekijöiden osuutta kehittämistyössä. Opinnäytetyö sai selkeän tehtäväkuvan.
Kesäkuu	Vilhelmiinan henkilökunnan haastattelu
Heinäkuu	Heinäkuun lopulla saatiin tutkimuslupa päätös Sosiaali- ja terveysministeriöstä.
Elokuu	Aloitettiin opinnäytetyön aineiston kerääminen kuuden asukkaan hoitotietoa-asiakirjoista ja profiilihoidon lomakkeista. Vilhelmiinassa pidettiin kokous, jossa keskusteltiin opinnäytetyön tarkoituksesta sekä henkilökunnan vuorovaikutuksellisuudesta osuudesta profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä. Aineiston analysointi aloitettiin ja tehtiin alkutila-analyysi.

Syyskuu	Uuden profiilihoidon toimintamallin suunnittelu aloitettiin.
Lokakuu	Profiilihoidon toimintamallin kehittämiskokous pidettiin Vilhelmiinassa. Kokouksen tarkoituksena oli kuulla henkilökunnan kehittämisehdotuksia profiilihoidon toimintamallin suunnitelmaan.
Marraskuu	Profiilihoidon toimintamallista saatiin marraskuun lopulla ensimmäinen versio.
Tammikuu 2009	Pidettiin uusi profiilihoidon kehittämiskokous Pappilanlammen palvelukeskuksessa. Kokouksessa keskusteltiin toimintamallin suunnitelmasta ja tehtiin joitakin lisäyksiä. Kokouksessa suunniteltiin myös toimintamallia havainnollistavaa kuviota, jonka tarkoituksena on kuvata toimintamallin toteutusta. Kokouksessa keskusteltiin myös toimintamallin arvioinnista ja sen toteuttamisesta. Sovittiin opinnäytetyöntekijän arviointisuunnitelman laatimisesta toimintamallin toteutukseen.

Tässä työssä profiilihoidon toimintamalli kehitetään käyttäen menetelmänä kehittävää työntutkimusta, jota seuraavassa tarkemmin kuvataan.

4.1 Kehittävä työntutkimus

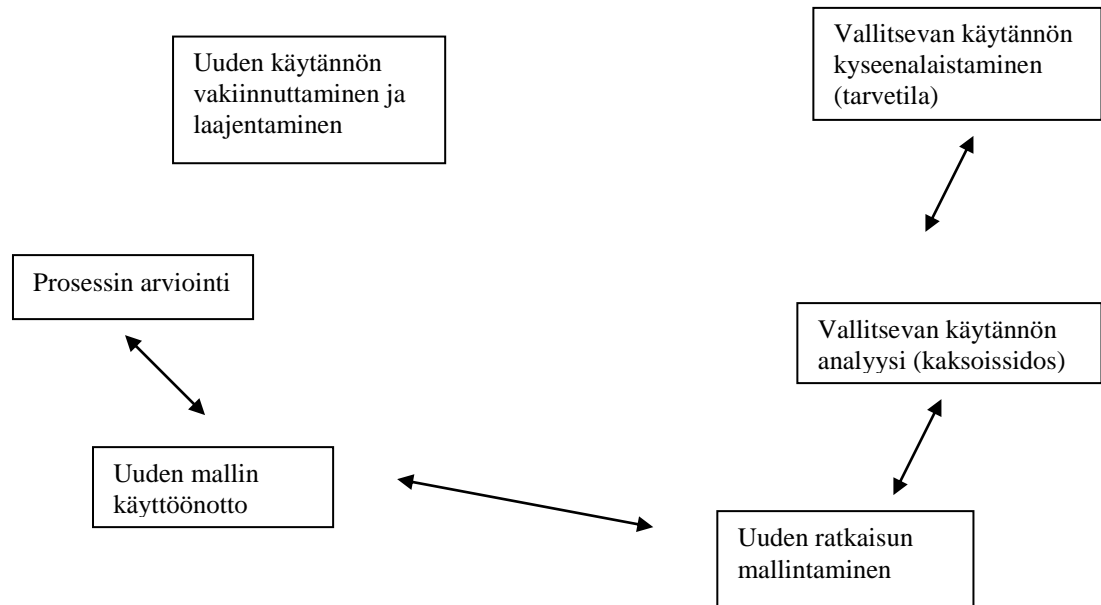
Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kehittävä työntutkimus, joka on tutkimusstrategia tai tutkimustapa. Sen avulla voidaan kehittää käytännön toiminnassa havaittua ongelmaa tai kehittää olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Se on osallistava lähestymistapa ja se sopii muutostilanteisiin, kun halutaan työyhteisöön uusia näkökulmia tai haetaan ratkaisuja havaittuihin ongelmiin. Kehittävässä työntutkimuksessa ei tuoda valmista ratkaisua ulkoapäin vaan, siinä työntekijät analysoivat ja muuttavat omaa työtään. Kehittävä työntutkimus on uuden oppimista ja se kohdistuu laadullisiin muutoksiin työssä ja organisaatiossa. Oppiminen on pitkäkestoinen prosessi ja se hajautuu sosiaalisesti moniin erilaisiin kytkentöihin työyhteisön keskuudessa. Sen avulla tuodaan työhön uudenlaisia toimintamalleja ja ymmärrystä. (Engeström 1998,12, 87; Engeström 2004, 29, 48.)

Engeströmin (2004, 29–30, 46–47) mukaan oppiminen ei koostu irrallisista osista, vaan se etenee syklimäisesti. Tätä syklimäistä oppimista hän nimittää ekspansiiviseksi oppimiseksi. Oppimiseen ei riitä työkokemuksen karttuminen tai vähittäisten virheiden korjaaminen. Kyseessä on haaste, joka edellyttää toiminnan perusidean ja arviointiperusteiden muovaamista uudelleen siten, että toimintamallin kokonaisuus hahmottuu.

Kehittävä työntutkimus on osallistavaa tutkimusta, jota tutkija tekee yhdessä työyhteisön työntekijöiden kanssa. Tutkija tuo mukanaan tutkittua tietoa sekä teoriaa ja on mukana vaikuttamassa muutokseen. Kehittävä työntutkimus on tutkimusotteeltaan refleksiivistä eli itseään tarkkailevaa. Toiminnan muuttaminen sekä uusien ratkaisujen löytäminen vaatii tutkijalta sekä työntekijöiltä yhteistyötä. Tutkija luo työntekijöiden kanssa tilan, jossa työtä voidaan analysoida. Analyysi voi olla kehittämistoimintaa, joka syntyy yhdessä työyhteisön ja tutkijan kanssa. (Engeström 1998, 87, 124.) Työntekijät eivät ainoastaan arvioi uudelleen toimintansa pohjana olevia arvoja, vaan myös rakentavat uuden toimintamallin ja ottavat sen käyttöön (Engeström 2004, 59). Analyysi auttaa irrottautumaan henkilökohtaisesta reaktiosta ja näkemään koko toimintajärjestelmä ristiriitojen ilmauksena. Analyysin avulla siirrytään työtoiminnasta oppimis- tai kehittämistoimintaan. (Engeström 1998, 87, 124- 125.)

Kehittävä työntutkimus ei ole tutkimusmenetelmä vaan tutkimusote, jossa hyödynnetään useita aineiston hankinnan ja erittelyn metodeja kuten kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä. Aineiston kerääminen edellyttää organisaation toiminnan seuraamista sekä vuorovaikutuksellista yhteistyötä työntekijöiden kanssa. (Engeström 1998, 74.) Profiilihoidon toimintamallin kehittämisen aikana aineistoa kerätään haastattelujen, valmiiden dokumenttien ja opinnäytetyöntekijän päiväkirjamerkintöjen avulla. Profiilihoidon toimintamalli kehitetään työohjeeksi hoitotyöntekijöille ja se on tarkoitettu testattavaksi. Tavoitteena on kuvata kehittämishankkeen kohde ja päämääränä on lisätä ymmärrystä tutkittavasta tapauksesta. Tämän työn tapauksena on kehittää profiilihoidon toimintamalli toteutusvaiheeseen ja kohteena ovat demen-toituneiden profiilihoito ja elämänlaadun kohentuminen.

Kehittävässä työntutkimuksessa kehittämis- ja oppimisprosessi kuvataan moniaskeliseksi kehäksi, joka etenee syklisesti. Se etenee nykyisestä toimintavasta siinä ilmenevien ristiriitojen sekä refleksiivisen analysoinnin kautta uuden toimintamallin suunnitteluun ja käyttöönottamiseen, jonka jälkeen prosessi arvioidaan (kuvio 1). Toimintatavan muutokset organisaatiossa voivat kestää vuosia. Lopuksi on vuorossa uuden käytännön laajentaminen ja vakiinnuttaminen. (Virkkunen ym. 2001, 15; Engeström 2004, 60-61.)



Kuvio 1. Kehittävän työntutkimuksen vaiheet (Engeström 1998, 92; Engeström 2004, 61.)

Ekspansiivisen oppimissyklin ensimmäistä vaihetta kutsutaan tarvetilaksi. Tämä vaihe kuvaa toimintajärjestelmän nykyistä toimintatapaa ja tässä vaiheessa on kysymys vakiintuneesta toimintatavasta. Alkuvaiheessa muutoksen tarve on muodostunut, mutta sen tarkempi kohde on vielä epäselvä. Alkuvaiheessa ristiriidat ilmenevät työyhteisölle toiminnan häiriöinä, tyytymättömyytenä sekä epäonnistumisina. Taustalla on koko toimintajärjestelmää läpäisevä jännite eli ensimmäisen asteen ristiriita. (Engeström 1998, 89- 90; Engeström 2004, 62.)

Syklin toinen vaihe on analyysivaihe, jossa ristiriidat kärjistyvät. Tätä vaihetta Engeström nimittää kaksoissidokseksi. Tässä vaiheessa syntyneet ristiriidat muotoillaan sekä paikallistetaan toimintajärjestelmän tiettyjen osatekijöiden välisiksi jännitteiksi eli toisen asteen ristiriidoiksi. Kaksoissidoksen vaiheen ratkaiseminen edellyttää analyysiä, jotta ristiriidat saadaan käsitteellisesti hallintaan. (Engeström 1998, 90; Engeström 2004, 62.)

Kolmannessa vaiheessa työyhteisön jäsenet hahmottavat uuden kohteen ja motiivin sekä luovat uuden toimintamallin. Tässä vaiheessa työntekijät hahmottavat sekä suunnittelevat uuden ratkaisumallin ristiriitoihin. Uutta toimintamallia ei tuoteta tyh-

jästä, vaan sen muodostamisessa voidaan hyödyntää muiden toimintajärjestelmien käytäntöä sekä visioita tai suunnitelmia uusista toimintamalleista. (Engeström 1998, 90- 91.)

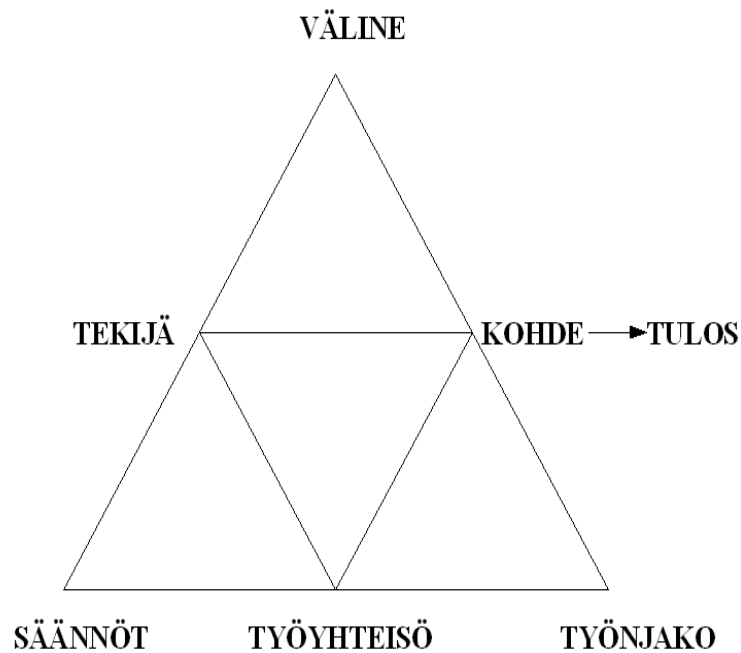
Syklin neljännessä vaiheessa tapahtuu uuden toimintamallin soveltaminen ja yleistäminen. Arkityössä otetaan käyttöön syklin edellisessä vaiheessa ideoitu ja suunniteltu toimintamalli. Tässä vaiheessa voi syntyä muutosvastarintaa. Se ilmenee ns. kolmannen asteen ristiriitoina entisen toimintatavan ja uuden toimintamallin välillä. Ristiriitojen ratkaiseminen johtaa uuden toimintamallin muuttumiseen. (Engeström 1998, 91; Engeström 2004, 62.)

Syklin viidennessä eli viimeisessä vaiheessa tapahtuu uuden toimintamallin vakiinnuttaminen sekä arviointi. Uusia käytäntöjä noudatetaan systemaattisesti ja työyhteisö voi arvioida omaa muutostaan. Organisaatiossa käyttöön otettu uusi toimintamalli saattaa synnyttää ristiriitoja ulkopuolelle jääneen naapuritoimintojen välillä. (Engeström 1998, 91; Engeström 2004, 11, 62–63.)

Tässä työssä kuvataan syklin ensimmäinen vaihe eli vallitsevan käytännön kyseenalaistaminen, toinen vaihe eli nykyisen toimintamallin ristiriitojen analyysi, kolmas vaihe uuden toimintamallin suunnittelu sekä prosessin arviointia edellä mainittujen vaiheiden osalta.

Kehittävän työntutkimuksen tavoitteena on kuvata yksilön tekojen ja kollektiivin toiminnan välistä suhdetta. Tutkittaessa työtä konkreettisena toimintana voidaan työtoimintaa kuvata yksinkertaisen kolmion avulla (kuvio 2). Yksinkertaista kolmiomallia voidaan käyttää kehittävän työntutkimuksen alkuvaiheessa työtoiminnan kuvaamiseen, ristiriitojen löytämiseen tai halutun toiminnan hahmottamiseen. Työstä etsitään toimintajärjestelmän osatekijöitä joiden välistä vuorovaikutusta analysoidaan. Sen keskeisenä asiana ovat työn subjekti eli tekijä, työn kohde sekä työssä käytetyt välineet. Kaikki osatekijät ovat tärkeitä toiminnan kannalta, sillä muutos yhdessä osatekijässä luo ristiriitaa muiden osatekijöiden välillä. Epäonnistumisia, häiriöitä sekä uusia ratkaisuja ja tekoja analysoidaan suhteessa koko toimintajärjestelmään. Kolmiomallilla ei pyritä kattavaan koko toiminnan kuvaukseen, vaan se on apuna on-

gelmien jäsentämisessä. (Engeström 1998, 44–52; Engeström 2004, 9-11.)



Kuvio 2. Toimintajärjestelmän kolmiomalli (Engeström 1998, 47.)

4.2 Aineisto

Tämän työn aineistona oli Löysin sinut – dementoituneen oma profiili loppuraportti, kuuden asukkaan hoitotietoasiakirjat ja Pappilanlammen palvelukeskukseen Löysin sinut – dementoituneen oma profiili projektin aikana kehitetyt profiilihoidon lomakkeet, joita olivat elämäntarina lomake, arjentoiminnot lomake ja profiilihoitomallilomake (liitteet 7-9). Aineistona oli myös Pappilanlammen palvelukeskuksen profiilihoidosta oleva muu kirjallinen koulutus materiaali, jonka profiilihoidon projektityöntekijöiden vuonna 2007 laatima kaavio oli lähtökohtana toimintamallin suunnittelussa (liite 6). Tämän työn aineistona olivat myös henkilökunnan haastatteluaineisto ja opinnäytetyöntekijän päiväkirjamerkinnät. Koko aineistoa hyödynnettiin kun, kehitettiin uutta profiilihoidon toimintamallia. Opinnäytetyön tarkoituksen avulla saatiin kuvaus nykyisen profiilihoidon toimintatavan toteutumisesta asiakirjojen sekä haastattelujen perusteella.

Tämän työn haastatteluaineisto kerättiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelua käytetään, kun halutaan selvittää vähän tiedettyjä asioita (Metsämuuronen 2005, 226). Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin, ja ominaista sille on se, että haastateltavilla on kokemuksia samankaltaisista tilanteista (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Tässä työssä teemahaastattelu valittiin, koska profiilihoito ei ole tunnettu käsitteenä ja haluttiin kuulla hoitajien kokemuksia profiilihoidosta. Tässä työssä haastateltiin viittä henkilöä, joilla oli tietämystä profiilihoidosta. Haastattelun teemoina olivat nykyinen profiilihoito ja sen toteutuminen Vilhelmiina kodissa (liite 4). Haastateltaviksi valittiin ne henkilöt, jotka olivat haastattelupäivänä työvuorossa dementia koti Vilhelmiinassa.

Kun haastatteluaineisto on kerätty, se pitää puhtaaksikirjoittaa eli litteroida joko osittain tai kokonaan (Vilkkä 2005, 115). Toinen vaihtoehto on se, että aineistoa ei kirjoiteta tekstiksi, vaan päätelmiä tehdään suoraan aineistosta, esimerkiksi ääninauhoilta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217). Tässä työssä haastattelut kestivät 15 minuuttia ja ne kirjattiin haastattelutilanteessa sanatarkasti sekä kirjoitettiin puhtaaksi opinnäytetyöpäiväkirjaan. Kaikki haastateltavat olivat koulutukseltaan lähihoitajia. Hoitajien keski-ikä oli 38 vuotta ja työkokemus hoitoalalta vaihteli 3-14 vuoden välillä. Osalla hoitajista oli 1-9 vuoden työkokemus dementia työstä. Otteita hoitajien haastattelusta on koottu opinnäytetyön loppuun liitteeksi (liite 5).

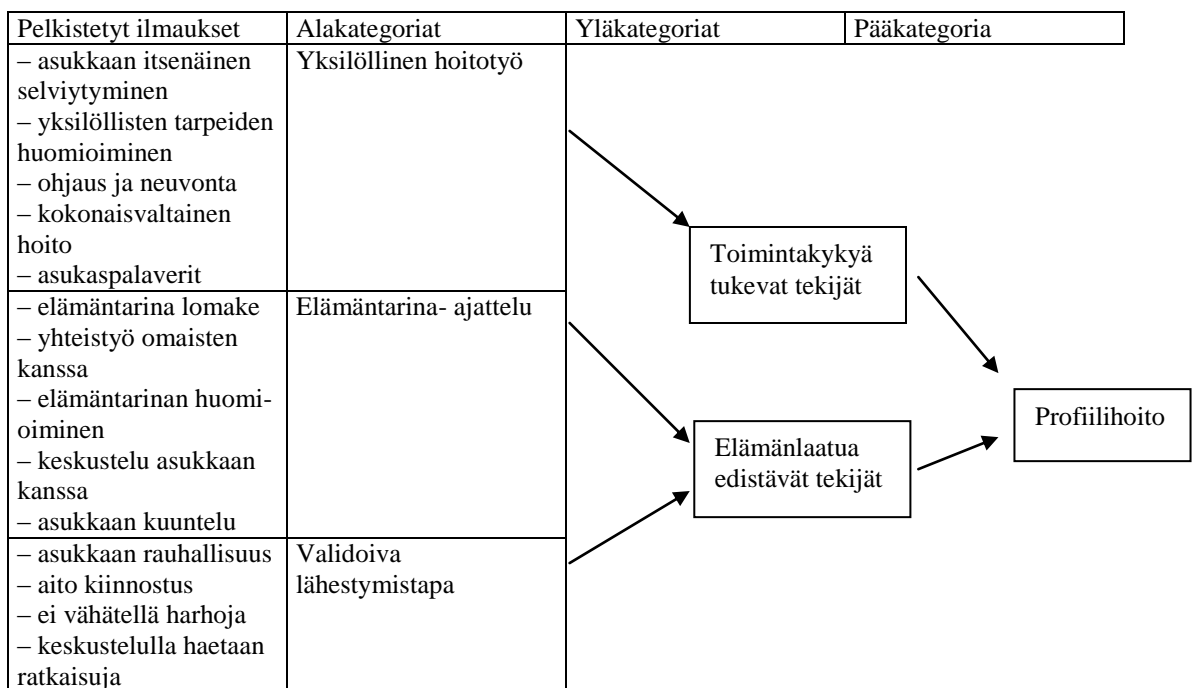
Tähän työhön asukkaat valittiin sen perusteella, kenelle oli tehty profiilihoitomalli kevään 2008 aikana. Profiilihoitomalli oli tehty asukkaille, joilla ilmeni eniten käytösoireita. Tämä toimi kriteerinä valittaessa asukkaita kehittämistehtävään. Profiilihoitomallin jälkeen asukkaiden hoitotietoasiakirjoja ja profiilihoidon lomakkeita kerättiin kolmen kuukauden ajalta. Tämän työn aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin, jota seuraavassa alkutila-analyysissä kuvataan.

4.2.1 Alkutila- analyysi

Alkutila-analyysin tarkoituksena on kuvata profiilihoidon nykyinen toimintatapa. Se auttaa näkemään toiminnassa vallitsevat ristiriidat. Jotta alkutila-analyysillä saadaan toiminnan ristiriidat esille, pitää kehittämistehtävän aineisto analysoida. Tämän työn aineisto on kuvattu työn aiemmassa kohdassa 4.2. Alkutila-analyysin analysointi menetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Analyysin avulla siirrytään uuden profiilihoidon toimintamallin kehittämistoimintaan.

Laadullisessa tutkimuksessa dokumentteja ja valmiita aineistoja voidaan käyttää ja analysoida monella eri tavalla (Vilkkä 2005, 126-127; Hirsjärvi ym. 2007, 219). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Se voi olla yksittäinen metodi tai väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Se on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sitä voidaan käyttää päiväkirjojen, puheiden, artikkeleiden, raporttien ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällönanalyysissa on valittava jokin tarkkaan rajattu ilmiö ja siitä on kerrottava kaikki mahdollinen tieto. Ennen sisällönanalyysin aloittamista on olennaista määrittää analyysiyksikkö. Analyysiyksikön valinnan ratkaisee tutkimuksen tarkoitus ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty yksikkö on aineiston yksikkö, joka voi olla sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 93- 94, 97, 105, 112.) Tässä työssä aineisto analysointiin sisällönanalyysilla, jota ohjasi opinnäytetyön tarkoitus sekä teoreettinen viitekehys. Teorialähtöisyyttä oli nykyisen profiilihoidon toimintatavan toteutumista asiakirjojen perusteella arvioitaessa yksilöllisen hoitotyön viitekehys, joka toimi analyysin perustana. Haastatte- luissa teorialähtöisyyttä oli se, että haastatteluvastaukset pyrittiin luokittelemaan niiden vastausten osalta, esimerkiksi luokkiin kyllä /ei / ei osaa sanoa, joissa se oli mahdollista. Teorialähtöisen sisällönanalyysin mukaisena analyysirunkona toimi asiakirjoja analysoitaessa opinnäytetyön tarkoitus ja haastatteluja analysoitaessa analyysirunkona toimi teemahaastattelurunko. Haastattelujen analyysirunko oli väljä, jolloin opinnäytetyössä sovellettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia muodostamalla kategorioita analyysinrunгон mukaisiin luokkiin.

Tuomen ja Sarajärven (2004, 148) mukaan kaikille analyysitekniikoille ei tarvita varsinaista nimeä, vaan sisällönanalyysiksi saattaa riittää uskottava kuvaus siitä, miten aineiston analyysin on tehty. Tässä työssä analyysiyksiköksi asiakirjojen, haastatteluiden, profiilihoidon kirjallisen materiaalin ja opinnäytetyönpäiväkirjan analysoinnissa valittiin profiilihoidon ajatuskokonaisuus, joka oli yhden tai useamman lauseen muodostama kokonaisuus. Aineisto ryhmiteltiin hoitajien haastatteluaineistosta profiilihoitoa, elämäntarina-ajattelua, validoivaa lähestymistapaa sekä yksilöllistä hoitotyötä kuvaaviin lausumiin. Haastatteluaineistosta haettiin haastateltavien ilmauksia siitä, mitkä tekijät ovat yhteydessä profiilihoidon toteutumiseen ja mitkä tekijät estävät profiilihoidon toteutumisen. Lisäksi aineistosta etsittiin ilmauksia siitä, miten yksilöllisyys ilmenee ja miten se ei ilmene profiilihoidossa, jotta saatiin selville profiilihoidon nykytilanne. Asiakirjoista, profiilihoidon kirjallisesta materiaalista ja opinnäytetyönpäiväkirjan merkinnöistä aineisto ryhmiteltiin myös yksilöllistä hoitotyötä, elämäntarina-ajattelua ja validoivaa lähestymistapaa kuvaaviin lausumiin. Seuraavaksi lausumat luokiteltiin elämänlaatua edistäviin ja toimintakykyä tukeviin luokkiin. Tämän jälkeen lausumat koottiin yhdeksi profiilihoitoa kuvaavaksi luokaksi. Seuraavan kuvion avulla on havainnollistettu aineiston analysointia.

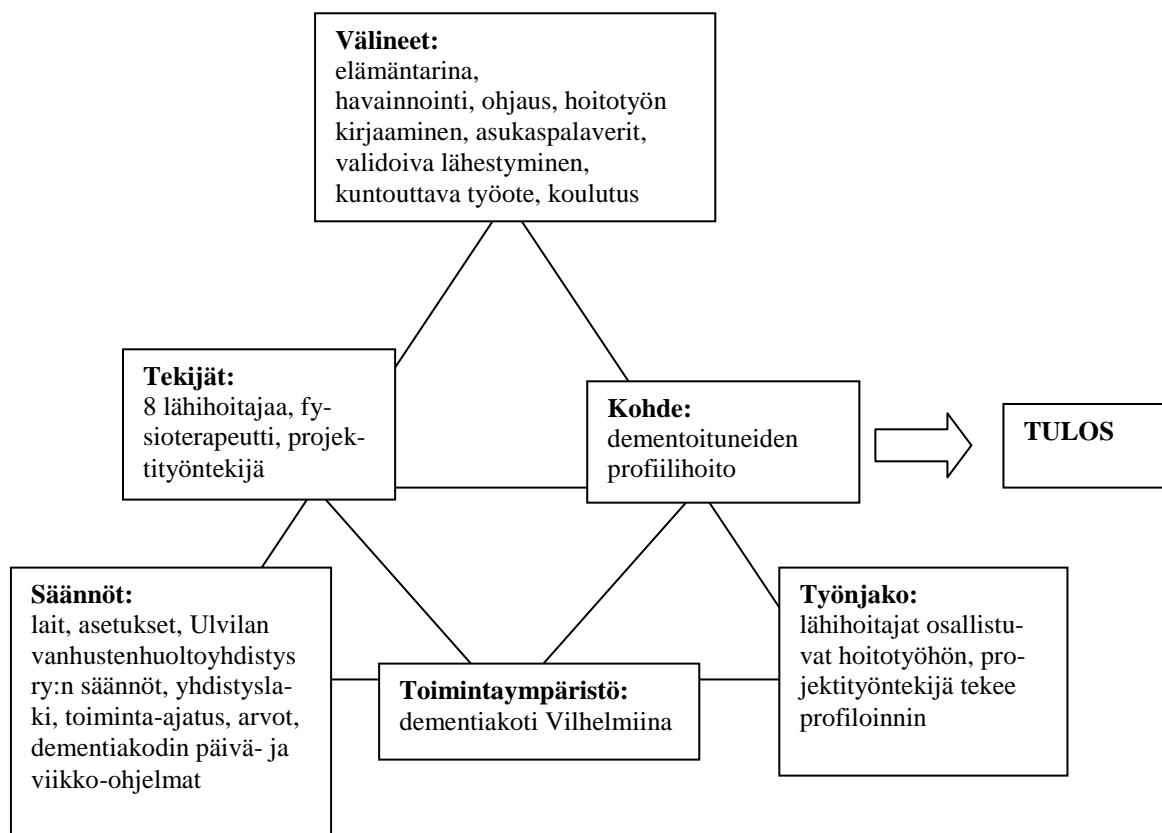


Kuvio 3. Esimerkki aineiston analysoinnista

Kun koko opinnäytetyön aineisto oli yhdistetty analyysin avulla kokonaisuudeksi, jäsenneltiin se käyttäen kehittävän työntutkimuksen kolmiomallia (kuvio 2 s.30), jossa toimintajärjestelmän osatekijät välineet, kohde, työnjako, toimintaympäristö, säännöt ja tekijä olivat pääotsikoita, joiden mukaan aineisto purettiin.

4.2.2 Profiilihoidon nykyinen toimintapa lähtötilanteena ennen toimintamallin kehittämistä

Profiilihoidon nykytilan kuvauksessa apuna oli toimintatapaa kuvaava kolmiomalli (kuvio 4). Osatekijät jaettiin välineisiin, kohteeseen, tekijöihin, toimintaympäristöön, sääntöihin sekä työnjakoon. Toiminnan kohteena oli dementoituneiden profiilihoito, jonka tuloksena oli elämänlaadun kohentuminen.



Kuvio 4. Profiilihoidon nykytilanteen kuvaus ennen toimintamallin kehittämistä

Profiilihoidon tavoitteena oli tukea asukkaan toimintakykyä ja kohentaa elämänlaatua. Hoidossa pyrittiin yksilöllisyyteen ja kuntoutumista edistävään otteeseen, joka tarkoitti asukkaiden jäljellä olevien voimavarojen huomioimista päivittäisten toimintojen yhteydessä. Profiilihoidossa toiminnan sääntönä voitiin pitää yksilöllisyyden periaatetta, jossa asukas nähtiin kokonaisuutena ja otettiin huomioon hänen elämänsä historiansa sekä elämäntilanteensa. Dementian aiheuttamien ongelmien huomioiminen kuten toimintakyvyn muutokset olivat osana hoitokokonaisuutta. Hoitajat ottivat mahdollisuuksien mukaan asukkaiden erityisongelmat huomioon, jotta selviäminen arjen tilanteista oli mahdollista. Äkilliset toimintakyvyn muutokset jäivät vähemmälle huomiolle ja niihin ei osattu reagoida tehokkaasti.

Ennen yksilöllisen profiilin löytymistä asukkaille tehtiin hoito- ja kuntoutussuunnitelmat. Profiilihoidon tehtävänä oli vastata siihen, että Vilhelmiinan hoitajilla oli käytössä kattavat tiedot asukkaiden toimintakyvystä sekä elämänsä historiasta. Fyysinen toimintakyky ja siihen liittyvät ongelmat pyrittiin selvittämään havainnoimalla asukkaita arjen tilanteissa sekä omaisilta saadun tiedon perusteella. Sosiaalista toimintakykyä arvioitiin asukkaita havainnoimalla, omaisilta saatujen tietojen avulla sekä elämäntarinan perusteella. Psykkisen toimintakyvyn arviointiin kuului muistitesti, mutta hoitajille muistitestin tulokset eivät kertoneet paljoakaan. Hoitajilla oli epävarmuutta siitä, johtuiko asukkaan käytös psyykkeestä, dementiasta tai lääkityksestä. Näitä asioita ei osattu ottaa huomioon ja toimintakyvyn kokonaisarvio oli puutteellista. Toimintakyky arvioitiin osana profiilihoitoa ja fyysisen toimintakyvyn yhtenä osa-alueena oli fysioterapeutin suorittama toimintakykytesti. Arvioinnista vastasi profiilihoidon projektityöntekijä, joka myös teki asukkaille yksilöllisen profiilihoitomallin.

Hoitotyönkirjaaminen ei tukenut toimintakyvyn huomioimista eikä näin ollen profiilihoidon toteutumista. Hoitajien kirjaaminen ei ollut päivittäistä. Hoitajat kirjasivat mitä hoidollisia asioita oli asukkaan kanssa tehty ja miten päivä oli mennyt. Hoitajat käyttivät kirjaamista viestien välittämisenä toisilleen. Suullista raportointia tapahtui työvuorojen vaihtuessa, jos oli jotain erityistä mainittavaa. Hoitajat pitivät osana profiilihoitoa viikoittain asukaspalavereja, joissa keskusteltiin asukkaan ongelmatilanteista ja yritettiin yhdessä löytää niihin ratkaisuja.

Profiilihoidossa hoitajat tukivat asukkaiden toimintakykyä antamalla heidän suoriutua itsenäisesti arjen tilanteissa. Selviytymisen tueksi oli ympäristöön kiinnitetty huomiota. Ympäristö oli valoisa, selkeä ja viihtyisä. Vilhelmiinassa pyrittiin siihen, että kulku oli esteetöntä ja huonekalujen järjestys tuki myös esteettömyyttä. Validoivaa lähestymistapaa käytettiin asukkaiden rauhoittamiseen sekä etsittäessä ratkaisua harhaisuuteen. Validoiva lähestymistapa auttoi toisinaan tilanteiden ratkaisemisessa ja välillä siitä ei ollut apua. Kaikilla asukkailla oli jonkinlainen lääkitys. Vilhelmiinassa ei ollut omaa sairaanhoitajaa vaan Pappilanlammen palvelukeskuksen sairaanhoitaja kävi jakamassa asukkaiden lääkkeitä dosetteihin, mutta ei muuten osallistunut hoitotyöhön. Hoitajat huolehtivat lääkkeiden annosta. Ei -kiireellisen terveysongelman vuoksi, voitiin paikalle pyytää terveyskeskuslääkäri, jolloin sairaanhoitaja oli myös läsnä. Kiireellisessä tilanteessa asukas lähetettiin päivystyspoliklinikalle.

4.2.3 Toiminnan ristiriitoja

Ristiriitoja nykyisessä profiilihoidon toimintatavassa olivat hoitotyön periaate, joka pyrki ottamaan ihmisen huomioon yksilöllisesti ja elämäntarinan merkityksellisyys elämänlaadussa. Profiilihoidon tavoitteena oli jäljellä olevien voimavarojen tukeminen ja turvallisuuden tunteen lisääminen, jolloin tärkeää olisi hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti elämäntarina- ajattelua. Asukkaan käytöksen ja äkillisen toimintakyvyn laskun syytä ei aina tiedetty ja arvio sekä hoito perustuivat välillä epävarmoihin tietoihin. Samalla lisääntyi myös rauhoittavan lääkityksen merkitys ongelmatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi. Hoitajien koulutustausta ei anna riittäviä valmiuksia yleissairauksien tai lääkityksen vaikutuksen näkemiseen dementiassa.

Omaisilta saatiin tietoa asukkaan toiveista ja tavoista ja he olivat mukana elämäntarinan hahmottamisessa. Omaisten aktiivinen osallisuus profiilihoidossa oli kuitenkin vähäistä. Hoitajat arvioivat asukkaan toimintakykyä havainnoimalla ja pitämällä asukaspalavereja, joissa yhdessä mietittiin keinoja asukkaan tilanteisiin. Saadut tiedot koottiin profiilihoitolomakkeeseen. Profiilihoito oli Löysin sinut - dementoituneen oma profiili projektin lopputuotos ja hoitajat kokivat tästä syystä dementiakodissa

toteutettavan profiilihoidon epäselväksi asiaksi ja projektityöntekijän roolin suureksi. Tämä aiheutti epävarmuutta ja profiilihoidon kokemista irralliseksi kokonaisuudeksi eikä niinkään osaksi hoitotyötä. Hoitajat korostivat hoitotyön kirjaamisen merkitystä, mutta koulutusta antoi vaihtelevia valmiuksia hoitotyön kirjaamiseen. Koulutuksen tarpeellisuus nousi voimakkaasti esille ja koulutusta kaivattiin niin profiilihoidosta kuin validaatiostakin.

Tärkeänä pidettiin keskustelua asukkaiden kanssa, johon liittyi vanhojen asioiden muisteleminen. Dementiakodissa on muisteluun tarkoitettu nurkkaus, mutta sen käyttäminen oli hyvin vähäistä. Muisteluhetket tapahtuivat hoitotyön yhteydessä eikä niihin varattu erikseen aikaa. Ristiriitojen ratkaisemiseksi hahmoteltiin keinoja, joilla muutosta voidaan aikaan saada (taulukko 2).

Taulukko 2. Ristiriidat ja osaratkaisut profiilihoidon toiminnassa

Ristiriidat	Osaratkaisut	Tavoite
1. elämäntarinan hyödyntämisen ongelmat profiilihoidossa	1. koulutusta elämäntarina- ajattelusta 2. omahoitajan nimeäminen, joka paneutuu asukkaan elämänhistoriaan ja pitää yhteyttä omaisiin	Lisääntynyt tieto elämäntarinan merkityksellisyydestä dementoituneen hoitotyössä
2. hoitajien eritasoinen tietopohja dementiasta	1. opas yleissairauksien ja lääkityksen vaikutuksista dementiassa 2. koulutustilaisuudet dementian vaikutuksista	Lisääntynyt tieto dementiasta
3. profiilihoidon epäselvyys	1. kootaan profiilihoitoa koskevat asiat yhdeksi kansioksi 2. koulutustilaisuuksia profiilihoidosta 3. vastuuhenkilön nimeäminen	Profiilihoidon käytännön selkeyttäminen ja yhtenäiset tavat toteuttaa profiilihoitoa
4. hoitotyön kirjaamisen ongelmat	1. koulutusta hoitotyön kirjaamiseen 2. laaditaan opas mitä ja miten kirjaetaan profiilihoidossa 3. vastuuhenkilön nimeäminen	Oleelliset asiat hoitotyön kirjaamisessa

4.3 Kehittämisprosessi

Tämän työn alussa hoitajien haastattelujen lisäksi tehtiin tiivistä yhteistyötä profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa. Keskinäisiä tapaamisia kevään ja kesän 2008 aikana oli neljä, joihin osallistui opinnäytetyöntekijä ja kaksi profiilihoidon projektityöntekijää. Tapaamisten pääteemoina olivat profiilihoidon toimintatavan nykytilanne ja profiilihoidon käsitteen selventäminen. Tapaamisten aikana esille tulleet profiilihoitoon liittyvät asiat ja ideat kirjattiin opinnäytetyöntekijän päiväkirjaan. Päiväkirjamerkinnot, löysin sinut – dementoituneen oma profiili loppuraportti sekä Pappilamman palvelukeskuksen profiilihoidon koulutuksen kirjallinen materiaali olivat pohjana profiilihoidon käsitteen selventämisessä. Profiilihoitoa on kuvattu opinnäytetyön aiemmassa kohdassa 3.3. Profiilihoidon toimintaympäristön kokonaiskuvan aikaansaamiseksi opinnäytetyöntekijä vieraili kevään 2008 aikana dementia koti Vilhelmiinassa. Vierailun aikana tutustuttiin dementia kodin fyysiseen ympäristöön ja samalla henkilökunnalla oli mahdollisuus kertoa omasta työstään Vilhelmiinassa.

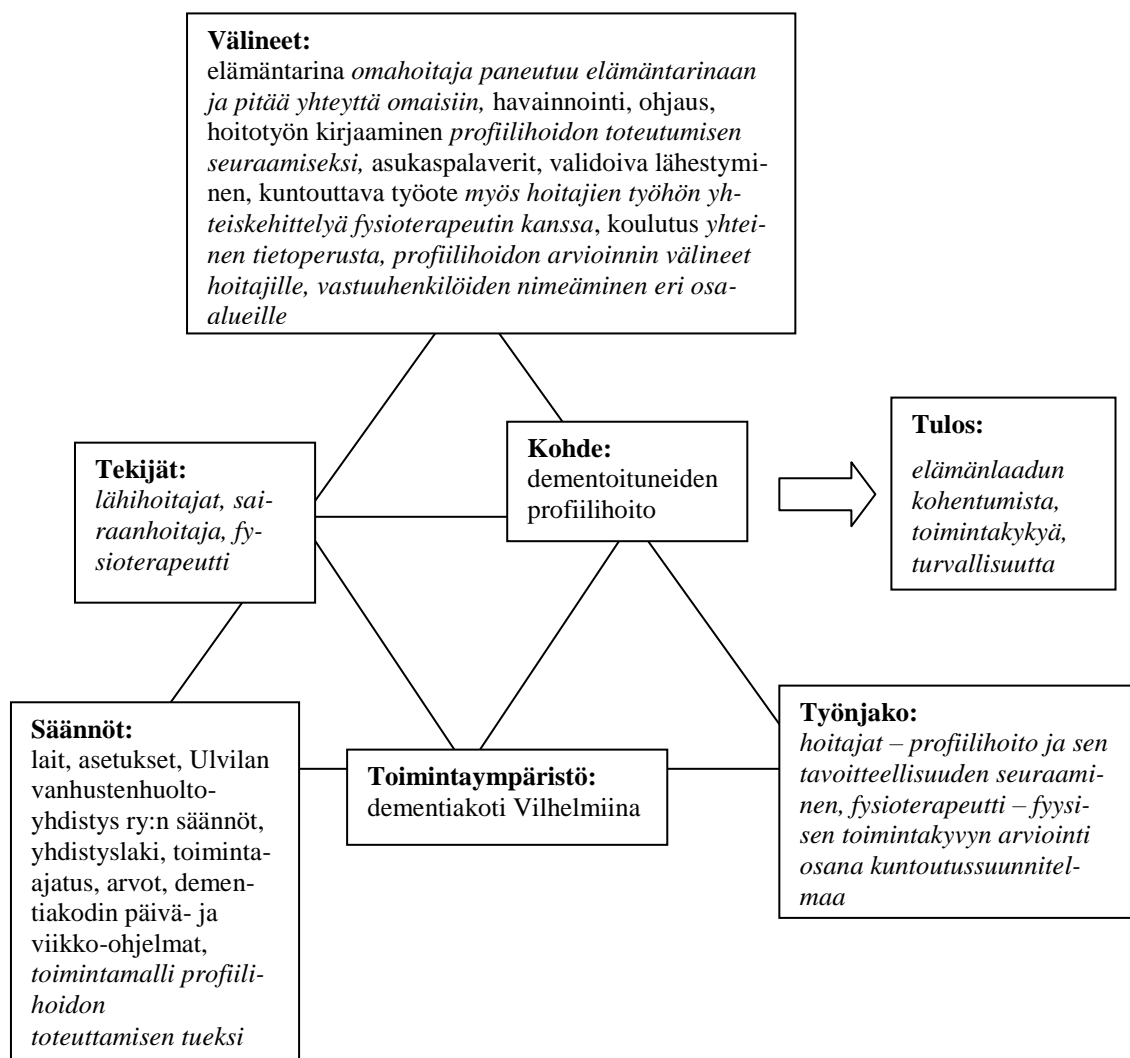
Alkutila-analyysi, haastattelut ja opinnäytetyöntekijän päiväkirjamerkinnot olivat lähtökohtina, kun hahmoteltiin profiilihoidon toimintamallin haluttua muutosta sekä muutoksen vaatimia uusia työvälineitä ja yhteistoimintamuotoja. Opinnäytetyöntekijä hahmotteli profiilihoidon toimintamallista version. Lokakuussa pidettiin profiilihoidon toimintamallin kehittämiskokous ja ennen kokousta henkilökunnalle annettiin kaksi viikkoa aikaa miettiä kehittämisehdotuksia profiilihoidon toimintamallin suunnitelmaan. Kehittämiskokouksessa henkilökunnalla oli mahdollisuus kertoa omia ideoitaan ja vaikuttaa näin uuden profiilihoidon toimintamallin lopputulokseen. Kehittämisehdotuksia ei kuitenkaan henkilökunnalta tullut ja profiilihoidon toimintamallia kehitettiin alkutila-analyysin, haastattelujen ja opinnäytetyöntekijän päiväkirjamerkintöjen perusteella. Profiilihoidon projektityöntekijät hyväksyivät profiilihoidon toimintamallin alustavan suunnitelman.

Tammikuussa 2009 pidetyssä toisessa toimintamallin kehittämiskokouksessa palvelukeskuksen johtajan ja profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa, keskusteltiin toimintamallista ja tehtiin joitain muutoksia. Yhdessä suunniteltiin kuviota havainnollistamaan toimintamallin toteutusta. Tämän kokouksen jälkeen opinnäytetyöntekijä

kijä teki viimeisen version profiilihoidon toimintamallista ja laati kuvion toimintamallin toteutuksesta.

4.3.1 Työn muutokset profiilihoidon toimintamallin kehittämisvaiheessa

Profiilihoidon toiminnan parantamiseksi kehitettiin toimintamalli opinnäytetyöntekijän ja profiilihoidon projektityöntekijöiden yhteistyönä. Se tarkoitti käytännössä uusia tehtäviä ja työnjakoa. Profiilihoidon kokonaisuutta hahmoteltaessa sovittiin säännöistä ja työvälineet luotiin sellaisiksi, että päästään tavoiteltuun lopputulokseen (kuvio 5). Hoitajien käsitykset profiilihoidosta, jota määriteltiin elämänlaadun kohentumisena, toimintakykynä ja turvallisuutena, olivat lähtökohtana jota toiminnan kohteella tavoitellaan.



Kuvio 5. Uusi profiilihoidon toimintamalli kuvattuna kolmiomallin avulla

Alkutila-analyysi toi esille neljä ristiriitaa, joihin haettiin osaratkaisuja. Profiilihoidon toimintamallin kehittäminen eteni vaiheittain. Vaiheet olivat kehittämistyöstä päättäminen, analysointi, suunnittelu ja arviointi. Kehittämiskohde, joka oli päätetty toteuttaa ennen opinnäytetyöntekijän tekemää alkutila-analyysia, oli profiilihoidon kansio, joka sisälsi nykyisen toimintatavan mukaista käytännön tietoa profiilihoidosta ja asukkaan profiilihoidon lomakkeita. Profiilihoidon toimintamallin kehittämisen myötä profiilihoidon kansiota muutetaan, niin että se ei sisällä asukkaiden profiilihoidon lomakkeita, vaan kansio sisältää kuvauksen profiilihoidosta ja uudesta profiilihoidon toimintamallista. Lisäksi kansio sisältää profiilihoitoon liittyvää koulutusmateriaalia.

Toimintamallin kehittämistyö oli opinnäytetyöntekijän vastuulla ja hoitajien ja profiilihoidon projektityöntekijöiden osallistuminen oli vähäistä. Opinnäytetyöntekijän osallistuminen toimintamallin kehittämisprosessiin, antoi hoitajille mahdollisuuden osallistua profiilihoidon välineiden kehittämiseen. Haastatteluissa ja kokoustilanteissa esiin noussut kehittämiskohde oli koulutustilaisuus profiilihoidosta. Alkutila-analyysin avulla esiin nousseita kehittämiskohteita olivat koulutustilaisuudet elämäntarina-ajattelusta, yleissairauksien ja lääkityksen vaikutuksista dementiassa ja hoitotyön kirjaamisesta. Näiden avulla pyritään ratkaisemaan toiminnassa vallitsevia ristiriitoja.

Profiilihoidon toimintamallissa pyritään lisäämään asukkaan elämäntarinan tuntemista ja selkiinnyttämään profiilihoidon käytäntöä, asettamalla toiminnalle yhteiset tavoitteet ja päämäärät. Toimintamallin pohjalla on myös ajatus yksilöllisyydestä sekä kokonaisvaltaisesta hoitotyön tarpeen arvioinnista. Asukkaiden yksilölliset tarpeet ja jäljellä olevat voimavarat pyritään myös huomioimaan toimintamallissa. Uudesta profiilihoidon toimintamallista muodostuu yhtenäinen työohje henkilökunnalle, jolla tuetaan dementoituneen yksilöllistä hoitotyötä.

Uuden profiilihoidon toimintamallin myötä hoitajien työn välineet laajenevat ja yhteistoiminnallista kehittämistyötä lisätään fysioterapeutin kanssa. Hoitajat olivat itse-

näisesti aiemmin organisoineet töitään ja suunnitelleet omaa työtään. Profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä lisättiin hoitajien työtehtäviä ja työnjakoa. Hoitajien työn muutoksia olivat profiilihoito ja sen tavoitteellisuuden seuraaminen. Asukkaan toimintakykyä hoitajat olivat ennenkin arvioineet profiilihoidossa, mutta muutos liittyi välineisiin, joita kehitetään arvioinnin tueksi. Nämä ovat opas hoitajille yleissairauksien ja lääkityksen vaikutuksista dementiassa sekä profiilihoidon kansio, jolla pyritään selventämään profiilihoidon käytäntöä ja löytää yhtenevä tapa toteuttaa profiilihoitoa.

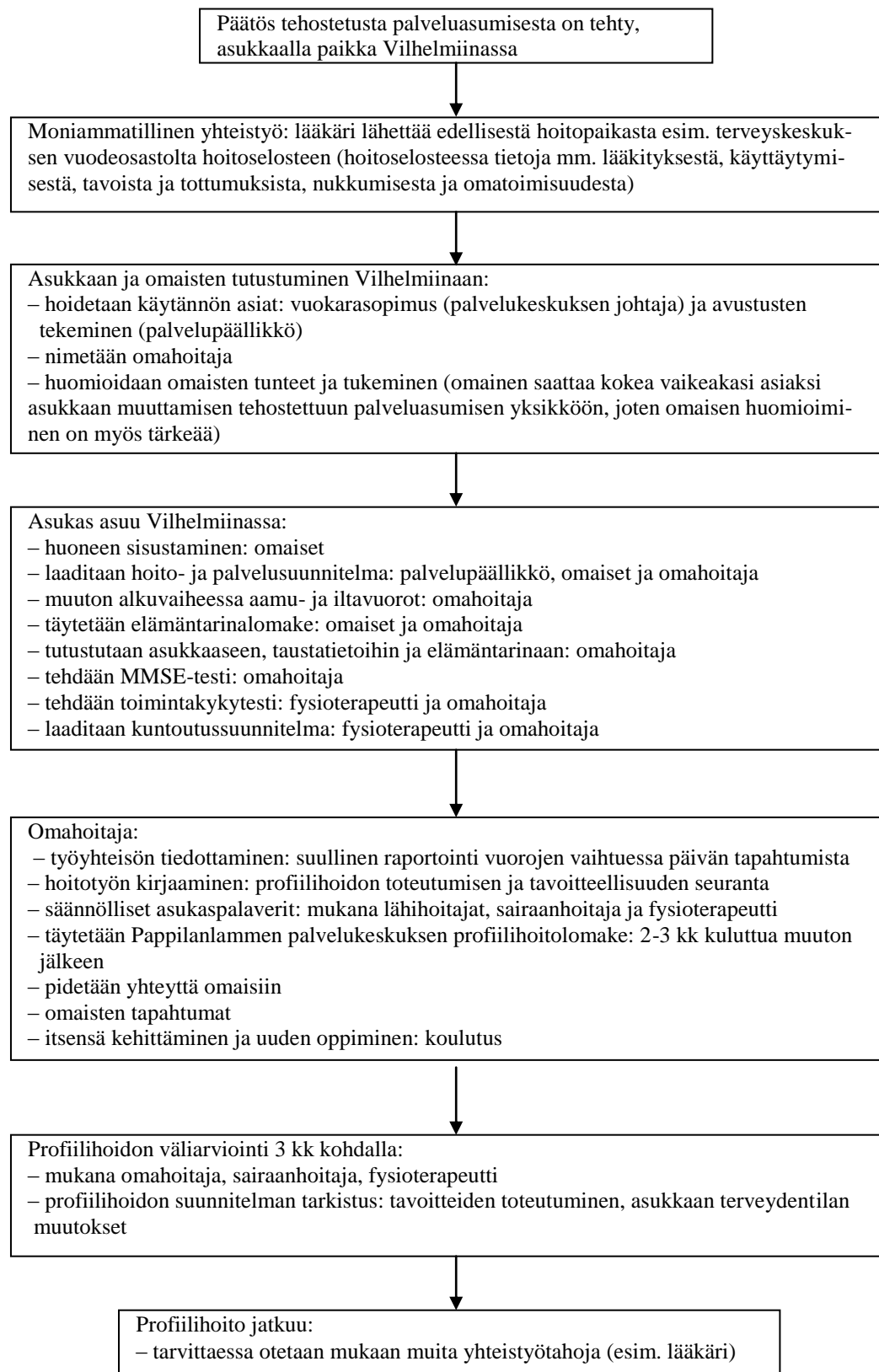
Omahoitajan nimeäminen asukkaalle profiilihoidon toimintamallissa merkitsee paneutumista entistä perusteellisemmin asukkaan elämäntarinaa ja pitämään yhteyttä asukkaan omaisiin. Omahoitajuuden tavoitteena on elämäntarina-ajattelun merkityksellisyyden korostaminen dementoituneen hoitotyössä sekä dementoituneen yksilöllisyyden tukeminen. Tällöin hoitajat saavat yksityiskohtaista tietoa asukkaasta ja hänen tarpeistaan. Hoitajien työhön asukkaan elämäntarinan tunteminen tuo varmuutta, sillä tieto asukkaan elämän eri tilanteista, auttaa ymmärtämään miksi hän käyttäytyy ja reagoi tiettyihin tilanteisiin tietyllä tavalla.

Profiilihoidon kirjaaminen oli puutteellista ja sitä oli käytetty viestien välittämisenä hoitajien kesken, joten sen kehittäminen hoitotyön kirjaamisen osalta on perusteltua. Hoitajien kirjaamisen edistämiseksi laaditaan opas siitä mitä ja miten kirjataan profiilihoidossa. Tavoitteena on hoitotyön oleellisten asioiden kirjaaminen.

Asukkaan sairauksien ja voimavarojen huomioiminen on edellytys profiilihoidon toiminnalle ja jäljellä olevien voimavarojen käyttäminen muutoinkin kuin profiilihoidossa on otettava huomioon. Tällöin on kyseessä kuntouttava työote. Se toteutuu kannustamisena, ohjaamisena ja tavassa, jolla annetaan asukkaalle mahdollisuus selviytyä arjen tilanteissa mahdollisimman itsenäisesti omalla ajallaan ja tavallaan. Vaikka hoitajat ovat hoitotyössä toteuttaneet kuntouttavaa työtettä, niin toimintamallissa on otettu huomioon fysioterapeutin osallisuus profiilihoidossa. Fysioterapeutin tehtävänä on arvioida asukkaan fyysistä toimintakykyä ja laatia kuntoutussuunnitelma. Jotta asukkaan toimintakykyä voidaan kokonaisvaltaisesti edistää, niin hoitajien tulee myös huomioida asukkaan fyysiset ominaisuudet, rajoitteet ja mahdol-

liset apuvälineet. Yhteiskehittelyllä fysioterapeutin kanssa hoitajat voivat edistää asukkaan toiminnallisuutta sekä laajentaa omaa käsitystään fyysisestä toimintakyvystä.

Seuraavassa kuviossa havainnollistetaan profiilihoidon toimintamallin toteutusta



Kuvio 6. Profiilihoidon toimintamallin toteutus

4.3.2 Kehittävä työntutkimus profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä

Opinnäytetyön aiemmassa kohdassa 4.1 on esitelty kehittävä työntutkimus ja ekspansiivisen oppimisen malli (kuvio 1, s. 28). Ekspansiivisen oppimisen lähtökohtana on ajatus siitä, että opittava asia on uusi, jota ei vielä ole olemassa vaan joka löytyy yhteisen oppimisen kautta (Engeström 2004, 46–47).

Profiilihoidossa oli syklin alkuvaiheessa käytössä toimintatapa, joka alkoi tuottaa erilaisia häiriöitä, kuten epävarmuutta ja vallitsevan toimintatavan kokemista irralliseksi kokonaisuudeksi eikä osaksi hoitotyötä. Kyseessä oli ensimmäisen asteen ristiiriita, joka usein koetaan epämääräisenä tyytymättömyytenä ja tarvetilana. Tässä vaiheessa ei vielä ole selkeää kuvaa siitä miten tilannetta voitaisiin muuttaa. (Engeström 1998, 89–90; Engeström 2004, 62.)

Seuraavassa vaiheessa eli vallitsevan käytännön analyysissa (kaksoissidos) tilanne kärjistyi ja ongelmat voimistuivat. Profiilihoidossa tämä vaihe tuli esille kehittämis-tehtävän alkupuolella, jolloin henkilökunnan haastattelu tehtiin. Epävarmuus, profiilihoidon käsitteen epäselvyys sekä toisaalta vallalla olevan toimintatavan puolustaminen tuli vahvasti esille. Profiilihoidon alkutila-analyysi osoitti, että nykyisestä profiilihoidon toimintatavasta voitiin löytää työtavan muuttumiseen liittyviä ristiriitoja (kuvio 4, s. 35). Kaksoissidoksesta pääseminen vaatii uuden suunnan löytymistä (Engeström 1998, 90; Engeström 2004, 62). Elokuussa pidetty kokous, jossa käsiteltiin opinnäytetyön tarkoitusta, toimi puolestapuhujana profiilihoidon toimintamallin kehittämiseksi. Tässä vaiheessa profiilihoidon toimintatavan muutos voimistui ja se sai hoitajat miettimään uutta toimintamallia.

Kolmannessa vaiheessa luodaan uusi toimintamalli ja tässä vaiheessa työntekijät hahmottavat ja suunnittelevat uuden ratkaisumallin ristiriitoihin (Engeström 1998, 90–91). Profiilihoidon toimintamallin ensimmäisessä kehittämiskokouksessa, henkilökunnalla oli mahdollisuus kertoa ajatuksiaan toimintamallista ja esittää ideoitaan ristiriitojen ratkaisemiseksi. Henkilökunnalta ei tullut kehittämis ehdotuksia vaan profiilihoidon toimintamallin suunnittelu jäi kokonaisuudessaan opinnäytetyöntekijän tehtäväksi. Profiilihoidon toimintamallin toisessa kehittämiskokouksessa yhdessä

palvelukeskuksen johtajan ja profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa mietittiin muutoksia toimintamalliin ja suunniteltiin toimintamallin toteutusta.

Lähtökohtana ekspansiivisessa oppimisessa on, että uusi toimintamalli ei ole vain sarja korjauksia, vaan siinä hahmotetaan toiminnan kohde entistä laajempaan. Tähän toiminnan kohteen uudelleen hahmottamiseen perustuu toimintaa motivoiva voima. (Engeström 2004, 29–30, 46–47.) Profiilihoidon toimintamallissa ratkaistiin toisen asteen ristiriitaa ja toiminnan välineet laajenivat yhteistoiminnalliseen kehittämistyöhön. Toiminnan kohde laajeni irrallisesta kokonaisuudesta osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä. Uuden toimintamallin suunnittelussa tapahtui uudenlaista yhteistyön opettelua. Opinnäytetyöntekijä, profiilihoidon projektityöntekijät ja osaltaan myös hoitajat saivat oppimiskokemuksen yhteistyön laajentamisesta ja yhteisen suunnitelman luomisesta profiilihoidon tueksi. Profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä ratkaistiin hoitajien toiminnan yksittäistä häiriötä, toimintatavan kokemista irralliseksi kokonaisuudeksi hoitotyöstä.

Toimintamallin kehittäminen noudatti kehittävän työntutkimuksen vaiheita, pois lukien toimintamallin käyttöön ottaminen, joka jää tämän työn jatkoaiheeksi. Profiilihoidon toimintamallilla luotiin ratkaisu profiilihoidon toteuttamiseen osana hoitotyötä ja sen vaikutus myös muuhun hoitajien toimintaan jää nähtäväksi. Profiilihoidon toimintamallia voidaan laajentaa myöhemmin kehittämistoiminnaksi myös muille toiminnan alueille.

4.3.3 Profiilihoidon toimintamallin yhteys yksilölliseen hoitotyöhön

Yksilöllisessä hoitotyössä on tärkeää, että hoito lähtee asiakkaan todellisista yksilöllisistä tarpeista eli hoidon lähtökohtana on yksilö. Se pohjautuu yksityiskohtaiselle tiedolle asiakkaasta ja hänen terveystarpeistaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että asiakasta kunnioitetaan ja hänen elämänolosuhteet selvitetään hoidon suunnittelun lähtökohdaksi. (Suhonen 2005, 39, 41.) Profiilihoidon toimintamallin suunnittelussa mietittiin keinoja siihen, miten hoitotyötä voidaan kehittää niin, että sillä tuetaan asukkaan yksilöllisyyttä. Yhtenä ratkaisuna oli elämäntarina-ajattelun korostaminen dementiaa

sairastavien hoitotyössä. Hoitajat olivat aiemmin paneutuneet asukkaiden elämäntarinaa muun muassa täyttämällä yhdessä omaisten kanssa Pappilanlammen palvelukeskukseen suunnitellun elämäntarina lomakkeen. Tämä ei ollut riittävä tukemaan yksilöllistä hoitotyötä ja lomakkeista osa oli myös puutteellisesti täytettyjä. Hoitajien haastattelussa kävi ilmi, että hoitajat olivat tutustuneet kaikkien asukkaiden elämäntarinaa. Osa hoitajista koki ajanpuutteen tekijänä, josta johtuen ei ollut mahdollisuutta tutustua asukkaan hoitotietoasiakirjoihin ja profiilihoidon lomakkeisiin paremmin. Ratkaisuna toimintamallissa esitettiin profiilihoidon omahoitajuutta. Omahoitajan tehtävänä on tutustua asukkaaseen, hänen elämäntarinaa, tapoihin ja tottumuksiin. Tällöin omahoitaja tuntee asukkaansa ja tietää hänestä tarvittavat tiedot, kuten miksi asukas reagoi tiettyihin tilanteisiin tietyllä tavalla. Omahoitajan tehtävänä on myös pitää yhteyttä omaisiin, joilta saadaan tarkempaa tietoa asukkaasta. Yhteydenpito omaisiin voi lisätä myös heidän osallisuuttaan omaistensa hoidossa. Ei kuitenkaan riitä, että omahoitaja paneutuu asukkaaseen, vaan tietoa pitää jakaa myös työyhteisön jäsenille. Asukaspalaverit, joita on pidetty kerran viikossa, on hyvä tapa tiedon jakamiselle työyhteisön kesken. Toimintamallissa on huomioitu myös hoitotyön kirjaaminen ja sen kehittäminen. Hoitotyön kirjaamista kehittämällä niin, että se vastaa profiilihoidon tarkoitusta, saadaan tarkempaa, laadukkaampaa ja yksilöllisempää tietoa asukkaasta, jotta voidaan paremmin tukea hänen toimintakykyä ja edistää elämänlaatua.

5 POHDINTA

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena oli luoda käytäntöön profiilihoidon toimintamalli, jonka avulla tuodaan toimintaa näkyväksi ja jäsennetään käytäntöä. Tämä työn kehittämistoiminnan tuloksena voidaan esittää profiilihoidon sisältöä, joka sopii dementoituneiden hoitotyöhön. Tämän työn tuloksena syntyneessä profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä on painotettu yksilöllistä hoitotyötä ja elämäntarina-ajattelua.

Tämä työ ei ollut helposti toteuttava tutkimuslupamenettelyn ja työn monivaiheisuuden vuoksi, mutta se oli ehdottomasti mielekästä ja kiinnostavaa. Tämän työn tekeminen on vaatinut uudelleen perehtymistä ja palaamista aiheeseen, joka on ollut kehittämisen kohteena, eli profiilihoidon toimintamalli. Työ on vaatinut myös täydellistä pysähtymistä ja irtiottoa aiheesta. Tämä on mahdollistanut uusien ideoiden synty-
misen. Tiedonhaun prosessi oli jo itsessään monitahoinen ja aikaa vievä. Työskennellessä pitää olla aikaa lukea, miettiä ja kirjata. Lukiessa pitää avoimesti olla kriittinen ja arvioiva. Tämän työn etuna oli, että aikaa oli käytettävissä koko prosessin ajan. Tiedonhakua vaikeutti profiilihoidon tuntemattomuus, joka vaikeutti alussa myös asian sisäistämistä. Tiedonhakua ja profiilihoidon sisäistämistä edesauttoi opinnäytetyöntekijän ammatillinen osaaminen. Profiilihoidosta ei ole olemassa tutkimusnäyttöä, joten tässä työssä käytetyt tutkimukset kohdistuivat yksilölliseen hoitotyöhön ja toimintamalliin.

Profiilihoidon toimintamalli kehitettiin kehittävän työntutkimuksen otteella. Menetelmä valittiin tähän opinnäytetyöhön, koska sen avulla voidaan kehittää käytännön toiminnassa havaittua ongelmaa tai kehittää olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi (Engeström 2004, 29). Profiilihoidon toimintamallin kehittämisen alkuvaiheessa dementiakodin hoitajilla ei ollut yhtenäistä ja selkää toimintamallia. Toimintamalli tukee henkilökuntaa hoitotyössä asettaen toiminnalle yhteiset tavoitteet ja päämäärät. Sen avulla lisätään hoitajien ja fysioterapeutin välistä yhteistyötä ja jäsennetään toimintaa. Toimintamalli lisää hoitajien työtehtäviä, selkeyttää työn sisältöä ja asettaa vastuualueita.

Ennen toimintamallin kehittämistä haastateltiin Vilhelmiinan henkilökuntaa ja tehtiin alkutila-analyysi, jotta saatiin selville profiilihoidon nykytilanne. Haastattelussa selvisi, että hoitajat kokivat profiilihoidon irralliseksi kokonaisuudeksi, eikä osaksi hoitotyötä. Asukkaan elämäntarinan tuntemista hoitajat pitivät tärkeänä. Ajanpuute nähtiin häiritseväksi tekijänä asukkaan elämäntarinaa tutustumisessa. Hoitajat toivoivat lisää koulutusta profiilihoidosta ja yhteisiä tavoitteita ja päämääriä. Toimintamallissa on otettu huomioon koulutuksen tarve ja yhteisiä tavoitteita ja päämääriä selkiytetään profiilihoidon kansion avulla. Toimintamallissa tavoitteet ja päämäärät toteutuvat myös hoitotyön kirjaamisen kehittämisen myötä, jolloin kirjaaminen saadaan vas-

taamaan profiilihoidon tarkoitusta. Tämä antaa asukkaista tarkempaa tietoa, jotta voidaan paremmin suunnitella asukkaiden tarpeiden mukaista hoitoa.

Alkutila-analyysissä selvisi, että hoitajien tiedot dementiaista ja sen vaikutuksista asukkaan toimintakykyyn oli eritasoista. Hoitajilla oli epävarmuutta siitä, johtuiko asukkaan käytös psyykkeestä, dementiaista vai lääkityksestä. Äkillisiin toimintakyvyn muutoksiin ei osattu reagoida. Alkutila-analyysin perusteella dementiaikoulutukselle on tarvetta ja se otettiin huomioon toimintamallin kehittämisessä.

Kehittävä työntutkimus on osallistavaa tutkimusta, jota tutkija tekee yhdessä työyhteisön työntekijöiden kanssa (Engeström 1998, 87). Hoitajille annettiin mahdollisuus osallistua profiilihoidon toimintamallin suunnitteluun, kysymällä toiminnan kehittämisehdotuksia. Hoitajilta ei kuitenkaan ehdotuksia tullut ja tämä saattaa osaltaan selittyä sillä, että toimintamallin suunnitteluvaiheessa dementia koti Vilhelmiina oli ollut toiminnassa vasta alle vuoden ja hoitajat eivät vielä osanneet nähdä kehittämiskohteita. Toisena vaikuttavana tekijänä saattaa olla se, että profiilihoito oli hoitajille uusi asia ja haastattelujen sekä alkutila-analyysin perusteella he kokivat sen epäselväksi ja irralliseksi asiaksi hoitotyöstä. Kehittävän työntutkimuksen osallisuuden periaate kuitenkin toteutui, sillä opinnäytetyöntekijä teki yhteistyötä profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa. Yhteistyössä palvelukeskuksen johtajan ja projektityöntekijöiden kanssa kehitettiin profiilihoidon toimintamalli toteutusvaiheeseen.

Profiilihoidon toimintamallin kehittämisen lähtökohtina olivat yksilöllinen hoitotyö, kokonaisvaltainen hoitotyön tarpeen arviointi ja jäljellä olevien voimavarojen tukeminen. Yksilöllistä hoitotyötä selvitettiin teoriaosuudessa, jonka mukaan henkilön todellisuus, rajoitukset ja mahdollisuudet ovat hoidon lähtökohtana (Latvala 1998, 23; Kujala 2003, 18). Asukkaan yksilöllisyys ja elämäntarinan tunteminen olivat tärkeitä asioita, jotka pyrittiin ottamaan huomioon toimintamallissa. Yksilöllisyys toteutuu toiminatamallissa omahoitajuuden ja kokonaisvaltaisen hoitotyön tarpeen arvioinnin avulla, jossa huomioidaan asukkaan tarpeet, toiveet ja mieltymykset hoidon kaikissa eri vaiheissa. Toimintamallin avulla voidaan tunnistaa ja tavoitteellisesti tukea jäljellä olevia voimavaroja sekä kohentaa asukkaan elämänlaatua.

Keskeistä opinnäytetyössä kuvatussa toimintamallissa oli tehdä näkyväksi profiilihoitoon osallistuvien työ. Kokonaisuuden kuvaaminen oli tärkeää, jotta koko toiminnalle voitiin asettaa yhteinen tavoite, johon kaikki tekijät yhteisesti sovituilla toimintatavoilla pyrkivät. Toiminnan tavoitteena on kohentaa elämänlaatua, toimintakykyä ja turvallisuutta. Profiilihoidon toimintamallin toteuttaminen vaatii yhtäläisiä käytäntöjä ja tavoitteita. Esimiehen tulee olla vastuussa siitä, että toimintamallia käytetään. Hoitajien tulee saada riittävästi koulutusta ja heidän tulee itse huolehtia siitä, että kykenevät suoriutumaan tehtävistään. Profiilihoidon toimintaa kehitettäessä kannattaa kiinnittää huomiota tiedottamiseen. Tietoa tulisi yleisesti antaa enemmän profiilihoidosta, jotta myös esimerkiksi omaiset tietävät toimintatavasta ja ymmärtävät sen tarkoituksen.

5.1 Kehittämistyö

Pappilanlammen palvelukeskus haluaa profiilihoidon toimintamallin kehittämällä tehdä näkyväksi profiilihoidon toimintaa ja kehittää dementoituneiden hoitotyötä. Toimintamalli on väline, jonka avulla voidaan kehittää ja organisoida työmenetelmiä (Peltö-Huikko ym. 2006, 16). Tässä opinnäytetyössä luotiin toiminnalle pohja, jonka avulla voidaan tulevaisuudessa kehittää toiminnan välineitä ja hoitotyötä vastamaan paremmin dementoituneiden tarpeita.

Kevään 2008 yhteistyökokouksessa sovittiin profiilihoidon toimintamallin kehittämisestä. Työn rajaaminen oli tärkeää opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Tehtäväännon selkiytymisen jälkeen toukokuussa asetetut tavoitteet olivat realistisia. Opinnäytetyön avulla pystyttiin kuvaamaan profiilihoidon nykyinen toimintapa sekä selkeyttämään profiilihoidon käsitettä. Henkilökuntaa haastatteleamalla sekä valmiiden dokumenttien avulla saatiin käsityksiä toiminnasta. Haastattelut ja dokumentit analysoitiin ja saatiin esiin toiminnassa vallitsevia ristiriitoja. Toiminnan ristiriidat olivat lähtökohtina profiilihoidon toimintamallin kehittämiseksi ja suunnitellut osaratkaisut sekä toiminnan välineet ovat toteutettavissa olevia. Näiden pohjalta opinnäytetyölle asetetut tavoitteet saavutettiin.

Tämä työ eteni alkuperäisen suunnitelman mukaisesti loppuun saakka. Profiilihoidon toimintamalli saatiin toteutusvaiheeseen helmikuun lopulla 2009. Tämän työn aikana ei ollut ajallisesti mahdollista viedä profiilihoidon toimintamallia käytäntöön, vaan se jää tämän opinnäytetyön jatkokehittämiskohteeksi. Syksyn 2008 aikataulu osoittautui melko tiiviiksi, koska silloin tehtiin alkutila-analyysia ja suunnittelua uudesta toimintamallista. Syyskuussa toteutettu toimintamallin suunnittelutyö oli aikataulullisesti tiukka ja opinnäytetyöntekijä työskenteli varsin aktiivisesti. Tähän vaikutti se, että toukokuun yhteistyökokouksessa sovittiin profiilihoidon toimintamallin kehittämistä. Lisäksi syksyn tiukkaan aikatauluun vaikutti heinäkuun lopulla saatu tutkimuslupa Sosiaali- ja terveysministeriöltä, jonka jälkeen voitiin aloittaa aineiston kerääminen asukkaiden hoitotietoasiakirjoista ja profiilihoidon lomakkeista. Kuitenkaan opinnäytetyön alussa tehty tutustumiskäynti dementiaan sekä profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa käydyt keskustelut, eivät olleet hukkaan heitettyä työtä, vaan näiden ansiosta opinnäytetyöntekijä pystyi syventymään toimintaan ja selkeyttämään itselleen profiilihoitoa, mikä oli ehdottoman tärkeää opinnäytetyön onnistumisen kannalta.

Tässä työssä toimintamallia ei voitu arvioida, koska sitä ei viety käytäntöön tämän työn aikana. Toimintamallin toteutusvaiheeseen laadittiin arviointisuunnitelma, joka luo pohjan toimintamallin käytäntöön viejälle. Tässä työssä ei ole eriytetty arviointia, vaan se on kulkenut mukana läpi koko prosessin. Arviointiperusteena on ollut kehitettävä työntutkimuksen ekspansiivinen oppiminen, jonka mukaan oppiminen ei koostu irrallisista osista vaan se etenee syklimäisesti. Tämä nähdään haasteeksi, joka edellyttää toiminnan perusidean ja arviointiperusteiden muovaamista uudelleen siten, että toimintamallin kokonaisuus hahmottuu. (Engeström 2004, 29–30, 46–47.) Profiilihoidon toimintamallin kehittämisprosessi oli monivaiheinen. Vaiheet olivat kehittämistyöstä päättäminen, analysointi, suunnittelu ja arviointi. Tässä työssä on tuotu koko kehittämisprosessi esille, jonka avulla toimintamallin kokonaisuus on saatu hahmoteltua. Opinnäytetyöntekijä pohti päiväkirjamerkinnöissään jokaisen vaiheen toetutusta sekä pohti omaa osaamistaan ja uusien asioiden oppimista kehittämisprosessin vaiheiden kautta. Tämän työn aineiston analysointi oli suurin ja aikaa vievien osuus kehittämisprosessissa. Opinnäytetyöntekijälle sisällönanalyysin käyttäminen aineiston analysoinnissa oli vierasta ja ennen analysointivaiheen aloittamista

opinnäytetyöntekijä tutustui sisällönanalyysin teorian tietoon. Tämä mahdollisti analyysimenetelmän ymmärtämisen ja sen käyttämisen tässä työssä. Sisällönanalyysi osoittautui helppokäyttöiseksi vaikkakin aikaa vieväksi menetelmäksi. Haastavinta analyysin toteuttamisessa oli löytää ne kehittämistyön kannalta oleelliset asiat, sillä tietoa kehittämistehtävän aineistossa oli paljon. Opinnäytetyön tarkoitus ja teoreettinen viitekehys ohjasi hyvin aineiston analysointia.

Profiilihoidon toimintamallin suunnittelun lähtökohtina olivat alkutila-analyysi, hoitajien haastattelut ja opinnäytetyöntekijän päiväkirjamerkinnot. Toimintamallin suunnittelu oli opinnäytetyöntekijän vastuulla ja suunnittelu toteutui myös vaiheittain. Suunnitteluvaiheessa luettiin useaan kertaan hoitajien haastattelut, alkutila-analyysin tuoma kuvaus profiilihoidon nykytilanteesta sekä päiväkirjamerkinnot profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa käydyistä keskusteluista. Toimintamallin suunnittelu vaati pysähtymistä sekä palaamista yhä uudelleen kehittämistehtävän aineistoon. Toimintamallin suunnittelussa ja jäsentämisessä apuna käytettiin kehittävän työntutkimuksen kolmiomallia (kuvio 2, s. 30). Kolmiomallin käyttäminen suunnittelussa ei ollut vaikeaa, mutta haastavinta oli kuvata lyhyesti ja selkeästi profiilihoidossa käytettävät välineet. Profiilihoidon toimintamallin toteutuksesta suunniteltiin kaavio selkeyttämään toimintamallia (kuvio 6, s. 43). Tämä osoittautui yllättävän vaikeaksi tehtäväksi, sillä opinnäytetyöntekijä piti monia toimintamallissa esiintyviä asioita itselleen selvinä, eikä aina osannut vaihtaa näkökulmaa tarkastellakseen asioita objektiivisesti. Näkökulman muuttumiseen auttoi pysähtyminen ja irtiotto aiheesta.

Profiilihoidon toimintamallin suunnittelun osalta arviointia suoritettiin kahdessa kehittämiskokouksessa. Ensimmäisessä kehittämiskokouksessa lokakuussa 2008, projektityöntekijöiden kanssa keskusteltiin alkutila-analyysistä ja toiminnassa vallitsevista ristiriidoista sekä toimintamallin ensimmäisestä versiosta. Projektityöntekijät hyväksyivät alustavan toimintamallin suunnitelman. Toisessa kehittämiskokouksessa tammikuussa 2009, palvelukeskuksen johtaja arvioi kehitettyä toimintamallia. Palvelukeskuksen johtaja esitti toimintamalliin muutoksia sääntöihin, tekijöihin sekä kohteeseen. Nämä muutokset huomioitiin profiilihoidon toimintamallissa.

Toiminta yhteistyötahon kanssa oli joustavaa ja heidän kiinnostuksensa opinnäyte-työtä kohtaan auttoi onnistumisessa. Profiilihoidon toimintamallin suunnittelu vaati moniammatillista osaamista ja siinä etuna oli palvelukeskuksen johtajan, profiilihoidon projektityöntekijöiden sekä opinnäytetyöntekijän erilainen tieto-taito-perusta. Opinnäytetyöntekijä on koulutukseltaan sairaanhoitaja ja ulkopuolisena saattoi havaita erilaisia asioita kuin työntekijät työssään. Tämä oli kehittämisprosessin voimavara, joka mahdollisti asioiden havaitsemisen objektiivisesti.

5.2 Luotettavuus

Tämä kehittämistehtävä on tehty käyttäen toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen viitekehystä, jossa on kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän piirteitä. Tässä työssä luotettavuuden arviointia kuvataan laadullisen tutkimuksen näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointia tehdään koko tutkimusprosessin ajan. Tutkija tekee tutkimuksen aikana valintoja oman ymmärryksensä kautta omista arvolähtökohdistaan käsin. Tutkijan täytyy kuvata ajattelunsa niin läpinäkyvästi, että lukija kykenee seuraamaan, mihin lähtökohtiin tutkijan tekemät ratkaisut perustuvat. (Vilkkä 2005, 159.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää tarkka selostus tutkimuksen toteutuksen eri vaiheista. Lukijalle on kerrottava esimerkiksi olosuhteista ja paikoista, joissa aineisto kerättiin, haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät ja tutkijan itsearvio tilanteesta. Aineiston analyysin yhteydessä on lukijalle kerrottava luokittelun syntymisen alkujuuret ja perusteet. Tulosten tulkinnat ja päätelmät tulee myös perustella eli kuvausta tulee tehdä koko prosessin ajan. (Hirsjärven ym. 2007, 227–228.) Tässä työssä tuodaan koko kehittämisprosessi esille kehittämistehtävän luotettavuuteen liittyen.

Laadullisen tutkimuksen arviointikäytännöt ovat moninaisia eikä kvantitatiivisesta tutkimuksesta tuttuja käsitteitä validius ja reliabelius voi suoraan siirtää laadulliseen tutkimukseen. Tämä ei kuitenkaan poista sitä tosiasiaa, että kaikkea tutkimusta on pystyttävä arvioimaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Kylmä & Juvakan (2007, 127) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa eli sitä, että tutkija varmistaa tutkimustulosten vastaavan tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tässä opinnäytetyössä uskottavuus varmistettiin kahdessa kehittämiskokouksessa, joissa käytiin läpi alkutila-analyysi ja työn laadulliset muutokset yhdessä palvelukeskuksen johtajan sekä profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa. Luotettavuutta lisäsi kehittäminen dementia kodissa, jolloin haastateltavat olivat tiedon kannalta parhaita lähteitä ja olemassa olevat rakenteet pystyttiin huomioimaan.

Uskottavuutta heikentävänä tekijänä oli opinnäytetyöntekijälle vieras kehittämisympäristö, mutta ulkopuolisena saattoi havaita asioita, joita työntekijät eivät itse näe omassa työssään. Uskottavuutta heikensi myös se, että profiilihoito oli vieras käsitteenä sekä toimintana. Opinnäytetyöntekijä pyrki lisäämään ymmärrystään tutustumalla kirjallisuuden avulla profiilihoitoon liittyviin käsitteisiin, jolloin profiilihoidon ymmärtäminen oli mahdollista.

Tämän työn uskottavuutta vahvistaa myös aineiston moninaisuus, jolloin profiilihoidosta saadaan monipuolinen kuva sekä opinnäytetyönpäiväkirja, jossa opinnäytetyöntekijä pohti kokemuksiaan ja valintojaan. Tutkimustietoa yksilöllisestä hoitotyöstä ja toimintamallista hyödynnettiin kehitettävän profiilihoidon toimintamallin pohjana.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja se edellyttää tutkimusvaiheiden kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä työssä pyrittiin kuvaamaan kehittämisprosessin eri vaiheet jakamalla kehittämistehtävät ja niiden tulokset ajallisena jatkumona. Kehittämisprosessia kuvattiin ekspansiivisen syklin mukaisesti, jotta lukija saisi kuvan kehittävän työntutkimuksen vaiheista profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä.

Kehittävässä työntutkimuksessa refleksiivisyys on peruskäsitteenä. Uuden kehittämisen perustuu aikaisemman toiminnan reflektointiin. (Engeström 1998, 124–125.) Tässä työssä refleksiivisyys ilmeni ristiriita-analyysin hyödyntämisellä profiilihoidon toimintamallin kehittämisen lähtökohtana. Kaikki kehittämiskohteet olivat toimin-

nassa esiintyneiden ongelmien osaratkaisuja. Refleksiivisyys edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on arvioitava oma vaikutuksensa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyöntekijän rooli ja oman työn reflektointi oli haastava kokemus. Kehittämistehtävän alussa oli hankalaa unohtaa oma ammatillinen osaaminen ja tarkastella profiilihoitoa mahdollisimman objektiivisesti. Terveystieteiden ammatillisuutta ei voinut kokonaan sivuuttaa, sillä hoitajat kysyivät mielipidettä ja neuvoa heitä askarruttavissa asioissa. Tämä sekoitti työn alussa keskittymistä kehittämisprosessiin, kunnes kehittämistehtävän aihe rajautui ja opinnäytetyöntekijän rooli toiminnan kehittäjänä vahvistui.

Ristiriitaa opinnäytetyöntekijä koki silloin, kun profiilihoidon projektityöntekijöiden kanssa oli näkemyksellistä erimielisyyttä profiilihoidon kuvaamisesta. Opinnäytetyöntekijän vastuu kehittämistoiminnasta oli suuri ja opinnäytetyöntekijä olisi toiminut toisin, jos toimintamalli olisi otettu käyttöön tämän opinnäytetyön aikana. Opinnäytetyönpäiväkirjassa opinnäytetyöntekijä kävi läpi lähtöolettamuksiaan sekä muutuneita käsityksiään ja kokemuksiaan kehittämisprosessista.

Siirrettävyys merkitsee tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin muihin tilanteisiin. Tätä edesauttaa esimerkiksi kuvaileva tieto tutkimukseen osallistuneista sekä ympäristöstä. Näin ollen lukija voi itse arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kehittämistehtävän alkutila-analyysissä kuvattiin profiilihoitoa toiminnan kohteena, joka oli kuvaus profiilihoidon toiminnasta ennen toimintamallin kehittämistä. Tällä varmistetaan lukijalle se, millaisesta toiminnasta oli kysymys. Toimintamallin siirrettävyyttä dementiakodin omiin tarkoituksiin voidaan näin arvioida eri osatekijöiden kautta.

5.3 Eettisyys

Tutkimuksen tekeminen edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista (Vilka 2005, 29; Hirsjärvi ym. 2007, 23). Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä sekä tutkimusmenetelmiä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijalta rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tutkimustulosten esittämisessä. (Vilka 2005, 30.) Eettisesti kestävältä tutkimukselta edellytetään tutkimuksen luotettavuutta, uskottavuutta sekä eettistä hyväksyttävyyttä niin, että tutkimuksessa otetaan asianmukaisella tavalla huomioon tutkittavan kohteen moraalinen asema sekä oikeudet. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin tärkeimpiä eettisiä kysymyksiä ovat ihmisarvon loukkaamattomuus, tutkittavan suostumus sekä tutkittavalle aiheutuvat riskit ja haitat verrattuna tutkimuksesta odotettavaan hyötyyn. (Launis 2007, 28.)

Edelliseen kappaleeseen viitaten tiedon hankkimiseen liittyy aina eettinen arviointi, siitä miten ja mistä sekä mitä tietoa hankintaan. Kehittämistehtävän toteuttamiseksi dementia koti Vilhelmiinassa haettiin tutkimuslupaa Ulvilan Vanhustenhuoltoyhdistys ry:ltä helmikuussa 2008 (liite 1). Opinnäytetyön aiheen tarkennettua helmikuun lopulla kävi ilmi, että kehittämistehtävää on mahdotonta toteuttaa ilman asukkaiden hoitotietoasiakirjoja sekä profiilihoidossa käytettäviä lomakkeita. Eettiseksi kysymykseksi nousi se miten tutkimusaineisto kerätään niin, ettei rikota asukkaiden oikeuksia. Aukkaat eivät voineet itse terveydentilansa vuoksi päättää siitä, kuka heidän hoitotietojaan saa lukea. Eivätkä näin ollen voineet myöskään päättää siitä, saako heitä koskevaa tietoa käyttää aineistona kehittämistehtävän tekemisessä. Opinnäytetyön aineiston kerääminen asukkaan hoitotiedoista ja sen käyttäminen kehittämistarkoitukseen edellytti viranomaislupaa. Sosiaali- ja terveysministeriöltä haettiin opinnäytetyölle tutkimuslupaa huhtikuussa 2008 (liite 2). Tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin heinäkuun lopulla. Luvan saannin jälkeen aloitettiin aineiston kerääminen asukkaiden hoitotiedoista sekä Pappilalammen palvelukeskukseen kehitetyistä profiilihoidon lomakkeista.

Terveydenhuollossa työskentelevillä on koulutuksen sekä perinteiden myötä muodostunut korkeat moraaliset ja eettiset arvot (Etene 2006, 18). Aukkaan ihmisarvoa

tulee kunnioittaa, tämä periaate merkitsee hoidettavan oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden kunnioittamista, sekä totuuden, rehellisyyden ja aitouden kunnioittamista (Etene 2001, 4; Leino-kilpi & Välimäki 2003, 25; Kuula 2006, 124–125). Ihmisarvon kunnioittaminen velvoittaa myös opinnäytetyöntekijänä ja terveydenhuollon ammattihenkilönä. Opinnäytetyöntekijää sitovat sairaanhoitajan ammattieettiset ohjeet. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet painottavat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, ihmiselämän suojelua ja terveyden edistämistä. Luottamuksellisuus ja tietojen salassapito, oikeuden mukaisuus sekä tasa-arvo ovat keskeisiä arvoja jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen toiminnassa. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Näitä ohjeita noudatettiin myös opinnäytetyön tekemisen aikana.

Opinnäytetyöstä tiedotettiin Vilhelmiinan henkilökuntaa profiilihoidon projektityöntekijöiden toimesta sekä kirjallisella tiedotteella (Liite 3). Henkilökunnan osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista. Tämän työn tekemisen aikana noudatettiin henkilötietolakia (1999/523) ja sen asettamia vaatimuksia ja edellytyksiä tutkimuksen tekemiselle. Tämän työn tekemisessä pyrittiin noudattamaan eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä, rehellisyyttä, sekä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja avoimuudessa tulosten julkaisemisessa. Asukkaiden hoitotietoasiakirjat, profiilihoidon lomakkeet ja haastattelujen dokumentit säilytettiin lukitussa tilassa. Tutkimusaineisto tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Työn analysointi ja raportointi vaiheessa tutkimusaineisto ei sisältänyt henkilöiden tunnistettavuutta mahdollistavaa tietoa. Analysointi vaiheessa ainoastaan opinnäytetyöntekijä käsitteli tutkimusaineistoa. Opinnäytetyön aikana saadut tiedot käsiteltiin huolella ja luottamuksellisesti. Tämän työn suunnittelu, toteutus ja raportointi pyrittiin toteuttamaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti.

5.4 Profiilihoidon toimintamallin arviointisuunnitelma ja kehittämis ehdotukset

Profiilihoidon toimintamallin toimivuutta on syytä seurata ja arvioida. Tämä mahdollistaa myös samanaikaisen profiilihoidossa käytettävien välineiden kehittämisen ja parantamisen. Monipuolinen arviointitiedon kerääminen eri näkökulmista auttavat

toimintamallin hyödyntämisessä ja kehittämistoiminnassa.

Arviointisuunnitelma riippuu arvioinnin tarkoituksesta. Suunnitelma on erilainen riippuen siitä, tarkastellaanko uutta vai vakiintunutta toimintaa. (Robson 2001, 72.) Tässä työssä arviointisuunnitelma liittyy uuteen toimintaan eli uuteen profiilihoidon toimintamalliin, jota ei vielä ole viety käytäntöön. Arviointisuunnitelman tarkoituksena on luoda pohja tekijälle joka vie profiilihoidon toimintamallin käytäntöön.

Sana arviointi viittaa usein jonkin asian arvoon tai ansioon. Ohjelman, projektin tai palvelun arvioinnilla pyritään selvittämään, ovatko mainitut arvioinnin kohteet toimivia ja miksi ne toimivat. Arviointi on joko formatiivista- tai summatiivistä arviointia. Formatiivisessa arvioinnissa kohteena on itse prosessi eli se mitä käytännössä tapahtuu. Formatiivisen arvioinnin tehtävänä on kerätä informaatiota palvelun toteutuksesta, prosessista, edistymisestä sekä ongelmista. (Robson 2001, 80–83.) Profiilihoidon toimintamallin toteutusvaiheen arviointia voi toteuttaa formatiivisena arviointia, koska siinä muokataan ja kehitetään toimintaa.

Robsonin (2001, 142) mukaan arvioinnin toteuttamisessa voidaan käyttää tiedonkeräämiseen eri tutkimusmenetelmiä. Fokusryhmää voidaan käyttää tilanteissa, joissa kaikkien osallistujien toivotaan osallistuvan keskusteluun. Fokusryhmässä toteutuksessa vuorovaikutuksessa tulee esiin arvioinnissa käytettävä materiaali. Fokusryhmä koostuu yleensä 8-12 jäsenestä ja kokous kestää 1,5-2 tuntia. Toimintaa tulisi arvioida profiilihoidon toimintamallin toteutusvaiheen aikana kaksi tai kolme kertaa. Arviointia suoritetaan fokusryhmän tapaamisissa. Profiilihoidon toimintamallin arvioinnissa halutaan selvittää uuden toimintamallin käytännön toimivuutta. Fokusryhmän käyttäminen toimintamallin arvioinnissa, osallistaa se koko henkilökunnan arviointiprosessiin. Fokusryhmä voi koostua sairaanhoitajasta, lähihoitajista, fysioterapeutista, palvelukeskuksen johtajasta, toimintamallin toimeenpanijasta sekä ohjausryhmän jäsenistä.

Robsonin (2001, 72–73) mukaan päätökset, joiden tueksi pyritään tietoa tuottamaan, auttavat arviointisuunnitelman muotoilemisessa. Arviointisuunnitelmaa muokkaavat ne kysymykset, joihin halutaan vastauksia. Seuraavassa kuvataan arviointisuunnitel-

man pääkysymykset ja pääkysymysten alapuolella täydentävät kysymykset Robsonin (2001, 73–79, 99) arviointikysymyksiä mukaillen profiilihoidon toimintamalliin sopiviksi. Näitä arviointikysymyksiä voi fokusryhmä käyttää kokoontumisissa.

1. Miten uusi profiilihoidon toimintamalli vastaa asukkaiden tarpeisiin?
 - Mihin asukkaiden tarpeisiin ja ongelmatilanteisiin hoitaja on kyennyt vastaamaan?
 - Mihin asukkaiden tarpeisiin ja ongelmatilanteisiin hoitaja ei ole kyennyt vastaamaan?
 - Miten hoitajan lisääntynyt ymmärrys asukkaan tilanteesta näkyy vuorovaikutuksessa?
2. Miten uusi profiilihoidon toimintamalli vastaa palvelukeskuksen tarpeisiin?
 - Miten omahoitajan toimenkuva on sopeutunut palvelukeskukseen?
 - Mihin palvelukeskuksen tarpeisiin profiilihoidon toimintamalli on kyennyt vastaamaan?
 - Mihin palvelukeskuksen tarpeisiin profiilihoidon toimintamalli ei ole kyennyt vastaamaan?
 - Miten profiilihoidon toimintamalli on tukenut hoitajan työtä?
3. Miten toimintaa on toteutettu?
 - Miten suunniteltu profiilihoidon toimintamallin sisältö on toteutunut käytännössä?
 - Miten profiilihoidon toimintamalliin suunnitellut työskentelyn vaiheet ovat toteutuneet käytännössä?
 - Miten yhteistyö omahoitajan ja fysioterapeutin välillä on sujunut?
 - Miten yhteistyö omahoitajan ja omaisten välillä on sujunut?
 - Miten profiilihoidon väliarviointi on toteutunut käytännössä?
4. Kuinka toimintamallia tulisi kehittää?
 - Mitä muutoksia toimintamalliin toivotaan?
 - Mitä toimintamallin vaihetta tulisi tarkentaa?
 - Miten moniammatillista yhteistyötä voidaan paremmin hyödyntää profiili-

hoidon kehittämisessä?

– Mitä muutoksia profiilihoidon väliarviointiin kaivataan?

5. Miten toimintaa tulisi jatkaa?

– Mitä hyviä kokemuksia on ilmennyt uuden profiilihoidon toimintamallin myötä?

– Mitä huonoja kokemuksia on ilmennyt uuden profiilihoidon toimintamallin myötä?

– Mitä uutta osaamista uusi profiilihoidon toimintamalli on synnyttänyt?

Profiilihoidon kehittäminen ja sen eteenpäin vieminen vaativat toiminnan pohtimista yhdessä henkilökunnan kanssa. Säännölliset henkilökuntapalaverit tarjoavat tähän hyvän mahdollisuuden. Käsitellyistä asioista tiedottaminen kaikille on ensiarvoisen tärkeää.

Profiilihoito perustuu jäljellä olevan toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyvyn arviointi ja tulkitseminen vaatii yhtäläisiä käytäntöjä ja se on mahdollista vasta käytännön kokemuksen kautta. Vaikeasti dementoituneille on olemassa valmiita testejä toimintakyvyn arvioimiseksi, joilla testaan niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista-kin toimintakykyä. Voisi miettiä olisiko valmiista testistä hyötyä profiilihoidon toimintakyvyn arvioinnissa. Valmiiden testien käyttäminen ei kuitenkaan vähennä havainnoimalla saadun tiedon merkitystä asukkaan arjessa selviytymisestä ja myös havainnointi vaatii yhtäläisiä käytäntöjä sekä kokemusta.

Profiilihoidon lomakkeita tulee kehittää, kuten esimerkiksi elämäntarina lomaketta tulisi kehittää vastamaan paremmin profiilihoidon tarkoitusta. Lomakkeiden kehittämisen yhteydessä voisi miettiä, ovatko kaikki lomakkeet tarpeellisia. Hoitotyön kirjaamista kehittämällä profiilihoidon tarkoituksen mukaiseksi voidaan esimerkiksi luopua arjentoiminnot lomakkeesta. Näiden asioiden pohdinta ja kehittäminen jää profiilihoidon toimintamallin käyttöön ottamisen vaiheeseen ja päätökset tehdään aikanaan arvioinnin perusteella.

LÄHTEET

Alhainen, K. 2001. Dementoivien sairauksien tunnistaminen ja diagnostiikka. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tampere. Tammer-Paino Oy, 21.

Alhainen, K. & Rosenvall, A. 2002 Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Karisto, 379.

Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakesin raportteja 14/2007. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu: 12.2.2008.] Saatavissa: www.stakes.fi/julkaisut.

Clarke, C. L. 1999. Dementia care partnerships: knowledge, ownership and exchange. Teoksessa Adams, T. & Clarke, C. L. Dementia Care. Developing partnerships in practice. London. Harcourt Brance and Company Limited. 8.

Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki. Edita.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu. Otava.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Erkinjuntti, T. & Koivisto, K. 2006. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Karisto, 45-46, 49, 53.

ETENE 2001. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. STM:n selvityksiä 2001:1. Helsinki. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2.9.2008] Saatavissa: www.etene.org/dokumentit/julkaisuyhtfin.pdf

ETENE 2006. Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2002–2006. ETENE- julkaisuja 17. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2.9.2008] Saatavissa: <http://www.etene.org/dokumentit/ETENE%2017.pdf>

Feil, N. 1993 V/F Validaatio. Menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki. Edita.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. 13 p. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otava.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. [Verkkojulkaisu] [Viitattu: 30.6.2008] Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5605-X.pdf>

Kuula, A. 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki. Hakapaino Oy. 124–125.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksessä. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 30.6.2008.] Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/isbn9514250680.pdf>

Launis, V. 2007 Tutkimuksen eettinen ennakkoarviointi - mitä se on? [Verkkolehti] Tieteessä tapahtuu, 2007 vol 25:1, 28. [Viitattu 2. 9.2008] Saatavissa: <http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/issue/archive>

Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen S. (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakesin raportteja 17/2007. Helsinki. Valopaino Oy

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva. WS Bookwell Oy.

Löfman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen. Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 134. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä. Gummerus.

Mäki, O., Topo, P., Rauhala, M. & Jylhä, M. 2001. Teknik för människor med demens. Etiskt perspektiv på beslutsfattandet. Saarijärvi. Gummerus.

Mäkisalo, M. 2001. ”Me ollaan sankareita elämän...” Elämäntarina-ajattelu vanhustyössä. Joensuu. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Pappilanlammen palvelukeskus 2008. Pappilanlampi- liikuntapainotteinen palvelutalo, jossa viihdytään. [Verkkosivut] [Viitattu 8.9.2008] Saatavissa: <http://www.pappilanlampi.fi/index.html>

Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveystiedon edistämisen toimintamallit. Terveystiedon edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveystiedon edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006. Helsinki. Trio-Offset.

Repo-Outakoski M. 2007. Voiko muistisairautta ehkäistä? [Verkkoartikkeli 18.9.2007.] [Viitattu: 4.3.2008] Saatavissa: [www.poliklinikka.fi /terveystieto A-O/hermoston/ sairaudet/dementia/artikkeli](http://www.poliklinikka.fi/terveystieto/A-O/hermoston/sairaudet/dementia/artikkeli)

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki. Tammi.

Sipola, S. 1999 Validaatio tunteiden kuuntelu. Teoksessa Vanhuus Sielunhoidon aikakauskirja 11. Kirkon koulutuskeskuksen, kirkon perheasiantuntijakeskuksen ja kirkon sairaalasielunhoidon keskuksen julkaisuja, 104, 107, 109.

Setälä, R. 2007. Löysin sinut dementoituneen oma profiili 2004–2006. Loppuraportti 31.1.2007. Ulvilan Vanhustenhuolto Ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu: 12.2.2008.] Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1202801063405/passthru.pdf>

Suomen dementiahoitoyhdistys 2006. Dementiamailma. Perusoppaat Julkaisu n:o 1. Kuopio. Kuopion Liikekirjapaino Oy.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä 2000. Muistihäiriö- ja dementia-potilaan toimintakyvyn ja sairauden vaikeusasteen arviointi. Suomen Lääkärilehti 21/2000 vsk 55, 2302.

Suomen Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996. [Verkkoartikkeli] [Viitattu 2.9.2008.] Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaaseen hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu. Otava, 39, 41.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakesin tutkimuksia 162. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus.

Vilkka H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otava.

Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 2001. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Helsinki. Edita.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Tutkimuslupa-anomus Ulvilan Vanhustenhuohtoyhdistys Ry

LIITE 2 Tutkimuslupa-anomus Sosiaali- ja terveysministeriö

LIITE 3 Tiedote henkilökunnalle opinnäytetyöstä

LIITE 4 Hoitajien haastattelujen teemat

LIITE 5 Otteita hoitajien haastattelusta

LIITE 6 Löysin sinut – dementoituneen oma profiili kaavio

LIITE 7 Elämäntarina lomake

LIITE 8 Arjentoiminnot lomake

LIITE 9 Profiilihoitomalli lomake

Piia Stenfors
Jääräntie 3 C 9
28200 Pori
040-8211868
piia.stenfors@pp.inet.fi

ANOMUS

18.02.2008

Ulvilan Vanhustenhuoltoyhdistys ry
Johtokunta
Pappilantie 3-4
28450 Vanha-Ulvila

TUTKIMUSLUPA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä sairaanhoitajan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen tutkintolinjalla. Opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on arvioida profiilihoitoa ja kehittää profiilihoidossa käytettäviä mittareita dementia koti Vilhelmiinassa.

Pyydän kohteliaimmin lupaa opinnäytetyön tekemiseen dementia koti Vilhelmiinassa.

Tutkimukseni aikana saamani tiedot käsittelen luottamuksellisesti.

Opinnäytetyöni valmistuu alkuvuodesta 2009 ja on sen jälkeen käytettävissänne. Opinnäytetyötäni ohjaavat projektijohtaja Hanna Hyttinen sekä lehtori Sari Teeri puh: 02- 620 3423

Kunnioittaen

Piia Stenfors

Liite Tutkimussuunnitelma

LUPAHAKEMUS

1. Viranomainen, jolta lupaa haetaan <input checked="" type="checkbox"/> Sosiaali- ja terveysministeriö (osoitteella: STM, PL 33, 00023 VALTIONEUVOSTO) Stakes (osoitteella: Stakes, PL 220, 00531 Helsinki) Muu sosiaali- ja terveydenhuollon viranomainen, mikä:				
2. Tutkimuksen nimi ja luvan hakemisen peruste 2.1. Tutkimuksen nimi: <u>Profiilihoidon arviointi</u> 2.2. Luvan hakemisen peruste, kyseessä on <input checked="" type="checkbox"/> Uusi tutkimus Aikaisemmin myönnetyssä luvassa tarkoitetun tutkimusaineiston laajennus - " - " - " - " - tutkijaryhmän täydennys - " - " - " - " - luvan jatkolupa Pitkäkestoista tutkimusta koskevan luvan tarkistaminen (Liitteeksi kopio aikaisemmasta/meneillään olevan tutkimuksen lupapäätöksestä ja rekisteriselosteesta)				
3. Tutkimuksen toteuttaja (luvan hakija) eli tutkimusrekisterin pitäjä, jota varten rekisteri perustetaan Organisaatio, nimi: <u>Yhteistyöhanke</u> , erittele hankkeeseen liittyvät tahot ja niiden vastuut henkilötietojen käsittelyssä: <input checked="" type="checkbox"/> <u>Yksittäinen tutkija tai tutkijaryhmä</u> , nimi: Piia Stenfors (Liitteeksi organisaation päätöksen kopio tutkimuksen suorittamisesta tai yhteistyöhankeessa selvitys rekisterinpidon vastuista ja tietojenkäsittelystä)				
4. Tutkimuksen tekijät (nimi, virka/toimi, virka-/toimipaikka) 4.1. Tutkimuksen vastuullinen johtaja tai tutkimuksesta vastaava ryhmä: 4.2. Opinnäytetyön ohjaaja: <u>TtT Hanna Hyttinen ja TtT Sari Teeri</u>				
4.3. Kaikki tutkijat (joille lupaa haetaan, nimi, virka/toimi, tehtävä/toimipaikka)	Tutkijan asema suhteessa rekisterinpitäjään			Onko kyseessä opinnäyte-työ on ei X
	ko. organisaation palveluksessa	yhteistyöhankeen tai -ryhmän osapuolena	yksittäisen tutkijan oma tutkimus	
Piia Stenfors			X	X
5. Yhdyshenkilö, joka antaa lisätietoja (nimi, osoite, puhelinnumero, s-posti) Piia Stenfors Jääräntie 3 C 9 28200 Pori GSM: 040-8211868 S-posti: <u>piia.stenfors@pp.inet.fi</u>				
6. Henkilö ja osoite, jolle päätös postitetaan ja erikseen laskutusosoite mikäli ne ovat erilliset Päätös postitetaan: Piia Stenfors Jääräntie 3 C 9 28200 Pori Laskutusosoite: <u>Ulvilan Vanhustenhuoltoyhdistys Ry Pappilantie 3-4 28450 Vanha-Ulvila</u>				
7. Kerättävien tietojen käyttötarkoitus (tutkimuksen tarkoitus tiiviisti ilmaistuna, enintään 15 merkkiä) Opinnäytetyöni tarkoituksena on arvioida profiilihoitoa ja sen toteutumista demen-tiakoti Vilhelmiinassa. Arviointi tapahtuu vertaamalla asukkaan hoitotietoja sekä profiilihoidossa käytettävien lomakkeiden tietoja profiilihoidon alussa ja kolmen kuukauden kuluttua.				
8. Tutkimuksen kokonaiskesto, alkamisaika, aineiston määrittely ja tietojen keruun laajuus 8.1. Tutkimuksen kokonaiskesto: mahdollisimman tarkasti <input checked="" type="checkbox"/> Kertaluonteinen tutkimus, kokonaiskesto: 1 vuosi				

Taannehtiva seurantatutkimus, kokonaiskestoaja:

Etenevä seurantatutkimus, kokonaiskestoaja:

8.2. Tutkimuksen arvioitu aloittamisaika: 2.6.2008

8.3. Tutkimuksessa käytettävän aineiston määrittely (koko ja kohde): Dementiakoti Vilhelmiinan kuusi asukasta

8.4. Tietojen keruun laajuus (esim. valtakunnallinen, alueellinen, yhtä laitosta koskeva tms. määrittely): Tutkimus koskee Pappilanlammen palvelukeskuksen dementiakoti Vilhelmiinan asukkaita.

9. Terveystenhuollon valtakunnalliset henkilökisterit, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa

9.1. Stakesin ylläpitämät terveydenhuollon valtakunnalliset henkilökisterit, mitä tietoja, miltä vuosilta:

Poisto/hoitoilmoitusrekisteri:

Syntyneiden lasten rekisteri:

Syöpärekisteri:

Näkövammarekisteri:

Raskauden keskeyttämis- ja steriloisrekisteri:

Epämuodostumarekisteri:

9.2. Lääkelaitoksen ylläpitämät terveydenhuollon valtakunnalliset henkilökisterit, mitä tietoja, miltä vuosilta:

Implanttirekisteri:

Lääkkeiden sivu-/haittavaikutusrekisteri:

10. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteri- tai asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa

10.1. Kansanterveyslaitoksen ylläpitämä rekisteri, mitä tietoja, miltä vuosilta:

Tartuntatautirekisteri:

10.2. Terveystenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) ylläpitämä,

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri (TERHIKKI), mitä tietoja:

10.3. Stakesin tilastotoimesta annetun lain (409/2001) nojalla ylläpidetyt sosiaalihuollon rekisterit,

(Tunnisteellisia henkilötietoja ei luovuteta. Tiedot voidaan luovuttaa tilastollisena tietona tai henkilötunnus kryptattuna)

mitä tietoja, miltä vuosilta:

Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri:

Lastensuojelurekisteri:

Toimeentulotukirekisteri:

10.4. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjatiedot, mitä ja mistä:

Terveystenhuollon potilasasiakirjoja/asiakirjatiedot, mitkä ja mistä: hoitotiedot, elämäntaari lomake, arjen toiminnot lomake, profiilihoitomallilomake, MMSE- muistitestin tulos ja toimintakyky mittarin lomake. Pappilanlammen palvelukeskuksen dementiakoti Vilhelmiinan asukkaita koskevat tiedot.

Sosiaalihuollon asiakirjatiedot, mitkä ja mistä:

11. Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot, tietolähteet ja tiedon saannin peruste

11.1 Muut tutkimuksessa käytettävät viranomaisen rekisteritiedot,

mitä tietoja ja millaisin luvuin

Tilastokeskus:

Väestörekisterikeskus:

Kansaneläkelaitos:

Muu viranomainen, mikä:

11.2 Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot

Tutkittavalta saatavat tiedot

(suostumuksen perusteella haastatteluin/kyselyin saatavat tiedot, näytteet jne. Liitteeksi luonnos yhteydenotto- ja informointikirjeestä sekä suostumusasiakirjasta)

Kudosnäytteet (TEO:n lupa)

Aikaisemmat tutkimusaineistot, mitkä, mistä ja millaisin luvuin:

12. Tutkimusrekisterin tietotyytit

(Liitteeksi henkilötietolain perusteella laadittava tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste)

a) Tutkimusrekisteriin kerättävät henkilön yksilöintitiedot eriteltyinä: Päivittäiset hoitotiedot, elämäntietotiedot, arjentoiminnot tiedot, profiilihoitomallilomakkeen tiedot, toimintakykymittarin tiedot ja MMSE-muistitestin tiedot

b) Muut tiedot ja tietotyypit, kuten henkilöhaastattelussa suostumuksella kerättävät tietotyypit (terveydentilaa koskevat tiedot, elinolosuhteita koskevat tiedot, muut tietotyypit) ja muista tietolähteistä kerättävät tietotyypit
Hoito henkilökunnalta haastattelussa saadut tiedot, koskien mm. suhtautumista profiilihoitoon sekä miten he käyttävät profiilihoitoa asukkaiden kohdalla.

13. Tutkimuspaikka ja osoite

Dementiakoti Vilhelmiina Ruispellontie 3 28450 Vanha-Ulvila, Piia Stenfors
Jääräntie 3 C 9 28200 Pori

14. Tutkimusaineiston suojaus tutkimuksen aikana

14.1 Manuaalisena kerättävä aineisto. Kuvataan suojaustapa eri käsittelyvaiheiden osalta: Tutkimusaineiston saan paperitulosteena. Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa tilassa, jonka käyttämiseen ainoastaan opinnäytetyöntekijällä on oikeus. Analysointi vaiheessa ainoastaan opinnäytetyöntekijä käsittelee tutkimusaineistoa. Analysointi ja raportointi vaiheessa tutkimusaineisto ei sisällä henkilön tunnistettavuutta mahdollistavaa tietoa. Opinnäytetyöntekijä hävittää tutkimusaineiston silppuamalla opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

14.2 Atk:lla käsiteltävä aineisto; suojaustapa:

käyttäjätunnus

salasana

käytön rekisteröinti

kulun valvonta

Kuvataan suojaustapa tarkemmin eri tutkimusvaiheiden osalta:

14.3. Analysoitava tutkimusaineisto:

X ei sisällä henkilön identifioinnin mahdollistavaa tietoa

aineisto analysoidaan ilman tunnistetietoja, tunnistetiedot säilytetään erikseen sisältävät tunnistetiedot ja analysoidaan tunnistetiedoin, mikä on peruste:

15. Tutkimusaineiston hävittäminen tai arkistointi tutkimuksen päätyttyä

15.1 Tutkimuksen henkilörekisteri hävitetään tutkimuksen päätyttyä,

Rekisteri hävitetään kokonaisuudessaan; arvioitu hävittämisaika ja -tapa:

24.4.2009, opinnäytetyöntekijä hävittää tutkimusaineiston silppuamalla

Tutkimusaineisto säilytetään ilman tunnistetietoja; tunnistetietojen hävittämistapa:

15.2 Tutkimuksen henkilörekisteri arkistoidaan tunnistetiedoin tutkimuksen päätyttyä:

Arkistolaissa tarkoitettuna viranomaisen aineistona arkistolain säännösten nojalla arkistonmuodostussuunnitelman mukaisesti, mihin:

Aineiston arkistointiin haetaan Kansallisarkiston lupa

16. Sitoumukset

(sitoumuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta tehtäessä käsittelevät salassa pidettäviä tietoja)

Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheisensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus.

En luovuta henkilötietoja sivulliselle.

Päiväys 8 /4 2008

Allekirjoitus

Piia Stenfors
nimen selvennys

17. Lupahakemuksen liitteet

X Tutkimussuunnitelma (suomen- tai ruotsinkielisenä) pvm 7.4.2008

Luonnos tieteellisen tutkimuksen rekisteriselosteeksi, pvm

Eettisen toimikunnan lausunto/lausunnot pvm

Yhteistyöhanketta koskeva selvitys rekisteripidon vastuista ja tietojenkäsittelystä; pvm

Organisaation päätös tutkimuksen tekemisestä ja mahdollisesta aineiston käytöstä;

pvm 12.3.2008

Mallit yhteydenotto- ja informaatiokirjeestä sekä suostumusasiakirjasta; pvm

Kopio aiemmasta/meneillään olevasta luvasta/päätöksestä

Muut liitteet, mitkä: profiilihoitomallilomake, elämäнкаari lomake, arjen toiminnot lomake, toimintakykymittari, MMSE-muistitesti lomake

Opinnäytetyö ”Profiilihoidon toimintamallin kehittäminen”

ARVOISA HOITAJA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä sairaanhoitajan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen tutkintolinjalla. Opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kehittää profiilihoidon toimintamalli dementia- ja muistisairauksien hoitoon. Opinnäytetyöni avulla Pappilanlammen palvelukeskus voi kehittää toimintaansa vastaamaan paremmin asukkaiden tarpeita.

Profiilihoidon toimintamallin kehittäminen tapahtuu analysoimalla asukkaiden hoitotietoja sekä profiilihoidossa käytettäviä lomakkeita. Yhtenä osa-alueena profiilihoidon toimintamallin kehittämisessä on henkilökunnan haastattelu. Lisäksi toimintamallin kehittämisessä käytetään valmiita dokumentteja sekä opinnäytetyöntekijän omia päiväkirjamerkintöjä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kieltäytymisellä ei ole vaikutusta työsuhteeseen. Henkilökunnan henkilöllisyys jää vain opinnäytetyöntekijän tietoon ja tutkimusta koskeva aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimuksen aikana saamani tiedot käsitellän luottamuksellisesti ja saatuja tietoja käytän vain tässä tutkimuksessa. Opinnäytetyöntekijää sitoo salassapitovelvollisuus. Opinnäytetyöhöni voitte tutustua Satakunnan ammattikorkeakoulun Porin yksikön kirjastossa, osoitteessa Maamiehenkatu 10. Opinnäytetyöni on luettavissa huhtikuussa 2009.

Toivon, että ystävällisesti osallistutte haastatteluuni, sillä teidän antamanne tiedot ovat opinnäytetyöni onnistumisen kannalta oleellisia.

Annan mielelläni lisätietoja. Yhteystietoni ovat alla.

Yhteistyöstä kiittäen

Piia Stenfors
Opinnäytetyöntekijä
GSM: 040-8211868
S-posti: piia.stenfors@pp.inet.fi

HOITAJIEN HAASTATTELUJEN TEEMAT

1. Profiilihoito ja sen toteutumien dementia koti Vilhelminassa
2. Omaisten merkitys ja osallisuus hoitotyössä
3. Validoiva lähestymistapa
4. Käytettävissä olevien tilojen hyödyntäminen profiilihoidossa

OTTEITA HOITAJIEN HAASTATTELUSTA

Mitä ymmärrät profiilihoidolla?

H1: ” Sitä on nii vaikee selittää. Eikös se oo sitä, ett ihminen otetaa huomioo kokonaisvaltaisesti elämänhistoria huomioiden. Se on asukkaan oma käsitys itsestä ja omaisten käsitys asukkaasta. Asukkaasta saatuja tietoja käytetään päivittäin hyväksi.”

H3: ” Sitä käytetään pääasiassa kotihoidossa. Siin käytetää hyväksi elämänhistoriaa ja nykyhetkeä.”

H4: “ Se on samaa ku validaatio. Siin otetaa huomioo asukkaa menneisyys. Käydään läpi asukkaan vanhat toimintatavat ja otetaan ne huomioon. Ei tehdä asukkaan puolesta asioita, vaan tuetaan ja kunnioitetaan asukkaan yksilöllisyyt.”

H5: ” Sillä pyritään parantamaan asukkaan oloa. Asukkaalle tulee rauhallinen olo. Elämäntarina otetaan huomioon. Se on hyvää hoitoa.”

Profiilihoito ja sen toteutumien dementia koti Vilhelminassa

H4: ” Must tuntuu, ett välil passaan vähä liikaa. Kai sen pitäisi olla nii, ett ei autet paljon. Tääl pidetään asukaspalavereja, miss käydään läpi asukkaan tarpeita ja tilannetta. Niis mietitään miten voidaan välttää joitaki asukkaa ongelmia. Ei tää profiilihoito mun mielestäni toimi. Pitäisi olla selvempi. Kaikilla pitäisi olla tiedossa mitä se on ja olisi yhteiset säännöt ja tavoitteet. Luovuutta tää työ tarvitsee.”

H2: ”Yritetään selvittää asukkaan elämänhistoria ja miettii mitkä on mielenkiinnon kohteet. Ei tehdä asukkaiden puolesta, vaan tuetaan omaa tekemistä. Omaisten yhteistyö on musta tärkeitä.”

H1: ”En oikein tiedä. Sen avulla ymmärtää asukasta paremmin.”

H3: ”Ei sitä mitenkään erityisesti toteuteta. Siin elämänhistoriaa täytetään, joka luo pohjaa asukkaan tuntemiselle. En mä sitä ajattel päivittäin, mä teen hoitotyötä. Ei oo aikaa perehtyä elämäntarinaa. En mä edes muista kaikkie elämäntarinaa.”

Omaisten merkitys ja osallisuus hoitotyössä

H3: ”Omaiset täyttää elämäntarinan ja jotkut osallistuu hoitotyöhön. Ei omaisia muuten tule huomioitua, jos ne ei kysele asukkaasta.”

H4: ”Omaiset täyttää sen elämäntarinan. Ne ymmärtää asukasta paremmin, kun ne on täyttäneet sen elämäntarinan. Ne ymmärtää miksi se on kärtyinen, jos on vaik ollut ankee lapsuus.”

Validoiva lähestymistapa

H4: ”Se näkyy siten, että jos asukas näkee harhoja, nii yritetään puhumalla selvittää ja johdattaa keskustelu muualle.”

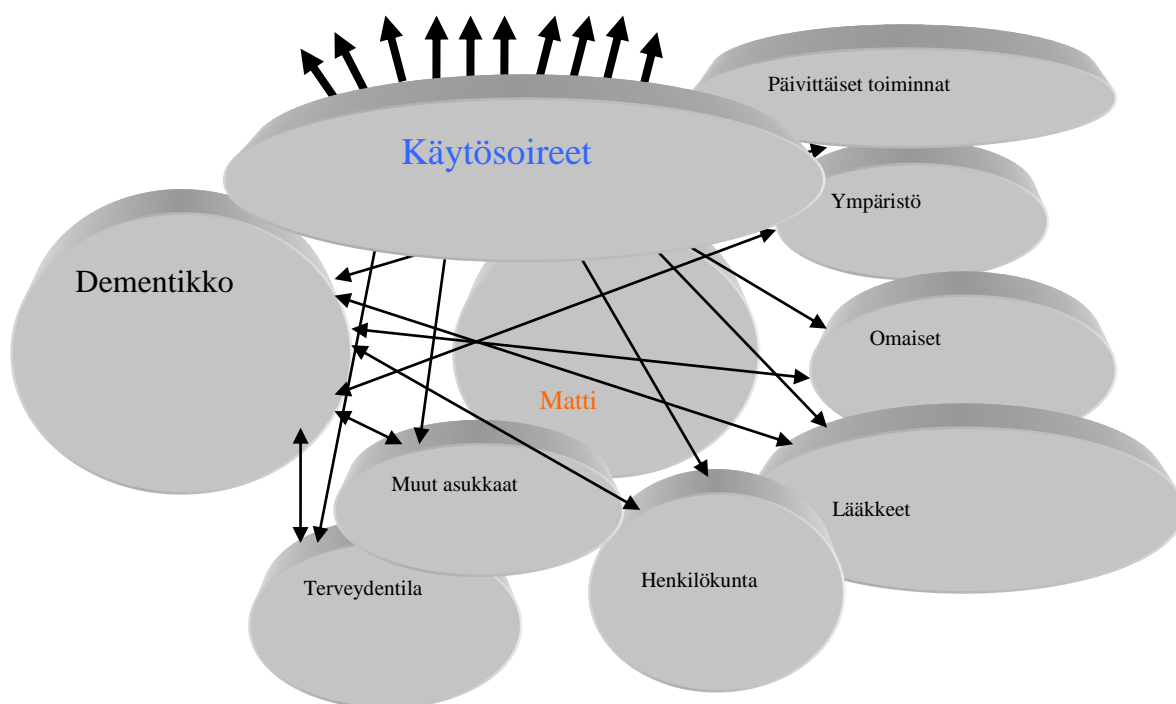
H3: ”Meillä on joitakin sanallisesti aggressiivisii asukkaita, jotka välillä ärsyttävät toisia. Ne tietää mitä sanoo kellekin, jotta toinen suuttuu. Kokeillaan lähestymistapaa niin, että mennään mukaan keskusteluun ja yritetään saada tilanne rauhoittuu.”

Käytettävissä olevien tilojen hyödyntäminen profiilihoidossa, kuten muistelunurkkaus

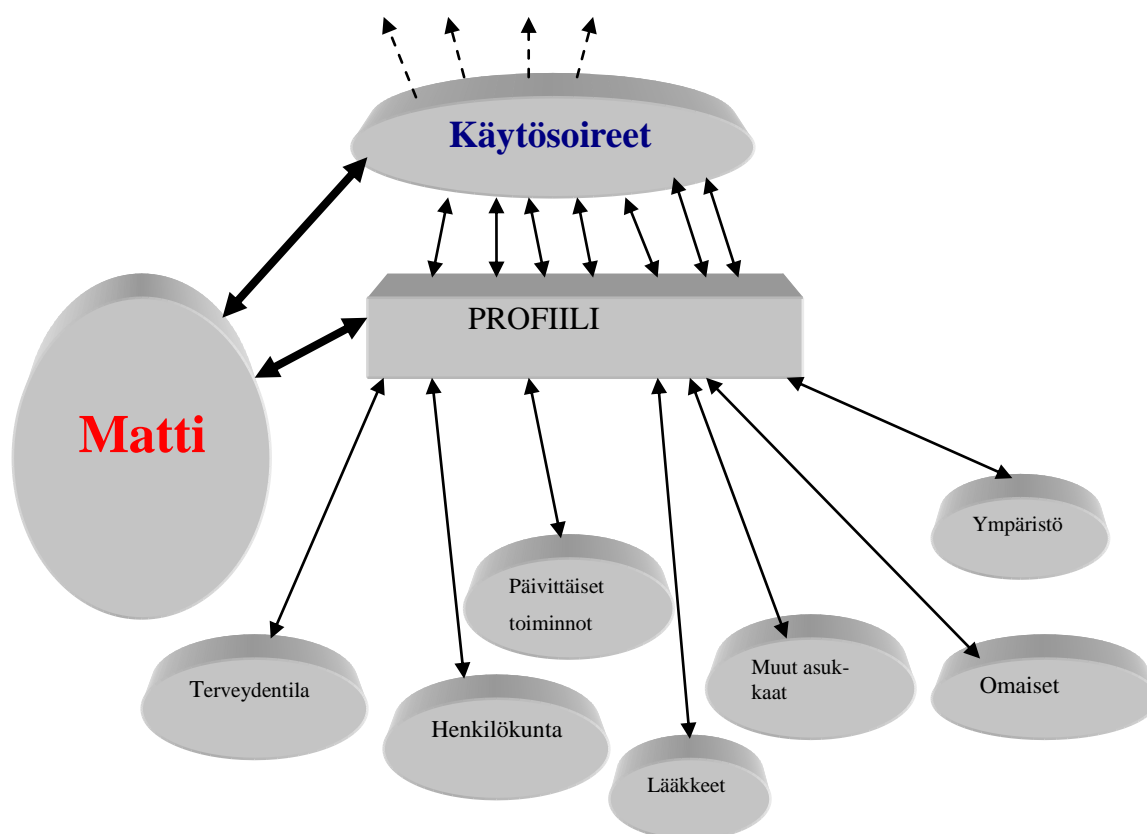
H4: ” Käytetään tosi harvoin. Mä en oo koskaa käyttänyt, enkä oo nähnyt muittenkaan käyttävän. Keskusteluissa tulee esille vanhoja asioita, joista sitten jutellaan.”

H5: ” Ei sitä mitenkään usein käytetä, asiat tulee esille keskusteluissa.”

Löysin Sinut- dementoituneen oma profiili: alkutilanne



Löysin sinut- dementoituneen oma profiili: nykytilanne



ELÄMÄNI TARINA

Nimi

Lempinimi

YLEISTÄ

Henkilökohtaisia piirteitä ja temperamentti:_____

Elämännäkemyks ja arvot:_____

Tärkeitä suhteita omaisiin ja ystäviin (nimet):_____

Asiat, jotka antavat iloa:_____

Asiat, jotka tuottavat ahdistusta:_____

Asiat, jotka kiinnostavat:_____

Lempiharrastus:_____

Tottumukset ja tavat:_____

ELÄMÄNKAAREN ERI VAIHEET:

LAPSUUS

Syntymäpaikka:_____

Sisarusten nimet:_____

TÄRKEITÄ TAPAHTUMIA:

Hyvät:_____

Huonot:_____

NUORUUS

Koulunkäynti ja koulutus:_____

TÄRKEITÄ TAPAHTUMIA:

Hyvät:_____

Huonot:_____

AIKUISIKÄ

Minkälaista työtä on tehnyt:_____

Mitä se on merkinnyt:_____

Perhe:_____

Elämäntavat:_____

Suhtautuminen itseensä ja muihin:_____

Tärkeitä sosiaalisia suhteita:_____

Omaisten kuolema, koska ja miten:_____

Oma käsitys kuolemasta:_____

ELÄKEIKÄ

Milloin siirtyminen eläkkeelle on tapahtunut:_____

Mitä siirtyminen eläkkeelle on merkinnyt:_____

Mitä dementoivaan sairauteen sairastuminen on merkinnyt itselle:

perheelle:_____

ystävyyssuhteille:_____

harrastuksiin:_____

TÄRKEITÄ TAPAHTUMIA:

Hyvät: _____

Huonot: _____

Ympyröikää ne asiat, joista omaisenne erityisesti pitää

lapset eläimet kalastus kävely saunominen leipominen

ruuanlaitto siivous keskustelu TV:n katselu konsertit laulaminen

musiikin kuuntelu runot vanhat elokuvat uinti pelit

hiusten laitto kaupassa asiointi puutarhanhoito hieronta

hartaustilaisuudet lehtien lukeminen valokuvien katselu taidenäyttelyt

Mistä muusta hän pitää? _____

LIITE 8

ASUKKAAN / ASIAKKAA NIMI _____

ARJEN TOIMINTA	PÄIVITTÄIN	VIIKOTTAIN	KUUKAUSITTAIN	EI ON- GELMIA	ERITYISTÄ HUOMIOITAVAA
RUOKAILU					
WC- KÄYNTI					
PESEYTYMINEN					
SOSIAALINEN KANSSAKÄYMINEN					
ULKOILU					
NUKKUMINEN					
PUKEUTUMINEN /RIISUTUMINEN					
MUU TOIMINTA, MIKÄ					

LÄÄKITYS:

Nimi: Dg: Taustatiedot: Muutto Vilhelmiinaan:
--

Arjen ongelmallisia tilanteita	Ratkaisuvaihtoehdot tilanteista selviämiseen

Voimavarat	Miten tukea jäljellä olevia voimavaroja

Erityistä huomioitavaa:

Omaiset:

Seuranta / arviointi:
